Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

5335

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES ;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES ;
BULLETIN CLINIQUE ;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE ;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE :
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE ;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS ;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC. ;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES ;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS ;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX ;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE ;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE ;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES ;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE ;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

SUIVIS

DU BULLETIN MÉDICAL BELGE,

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DU DOCTEUR J.-R. MARINUS.

TOME TRENTE-NEUVIÈME.

NOVEMBRE 1835. — 11e LIVRAISON DE LA 3e ANNÉE.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1835.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

OCTOBRE 1835.

Recherches physiologiques et pathologiques sur la présence de l'air atmosphérique dans l'oreille moyenne; par le docteur Deleau jeune, médecin de l'hospice des Orphelins de Paris pour le traitement des maladies de l'oreille

Article Ier.

De la présence de l'air dans l'oreille moyenne.

Avant la découverte du conduit guttural, les physiologistes et les physiciens supposaient que la caisse du tambour contenait *un air inné*, d'une nature particulière, très-subtil, indispensable à la propagation du son dans le labyrinthe..... Ce *fluide imaginaire* fut le sujet de beaucoup de discussions, jusqu'à ce que Eustachi démontra la communication établie entre l'extérieur de l'oreille moyenne, et prouva par cette découverte, que l'air atmosphérique occupe dans l'état normal toutes les anfractuosités de cette portion de l'organe auditif.

Cet anatomiste et ses successeurs ne poussèrent pas plus loin leurs recherches. Ils n'en déduisirent d'autre conséquence physiologique que l'usage attribué à *l'air inné* par leurs prédécesseurs. Ils méconnurent, malgré leurs travaux, en anatomie comparée, qu'en général la quantité d'air, ou, si l'on veut, que l'ampleur de la caisse du tambour et des cellules accessoires destinées à le recevoir, sont en rapport avec le développement, la perfection, et on peut même dire la perfectibilité du système vocal des êtres animés.

L'air atmosphérique ne fait-il pas partie de l'oreille? la voix est nulle ou presque nulle chez les animaux qui en sont privés; les poissons se trouvent dans ce cas. Quelles sont les nuances de sons qu'émettent les reptiles? modifient-ils beaucoup les sons de la voix que la nature leur a départie? non sans doute : eh bien! quelle est la quantité d'air reçue dans l'organe auditif?... *Les sauriens* ne portent qu'une simple poche membraneuse rudimentaire, pour ainsi dire, de la caisse du tambour, représentée dans les *chéloniens*, par une gaîne fibreuse.

Chez le *pipa* elle est si petite, que l'on doute de l'existence de la trompe d'Eustachi, preuve de la nullité de cette portion d'organe dans la fonction auditive de ce reptile. La *salamandre* adulte et les *serpens* en sont privés, elle est seulement représentée dans les *ophidiens* par un simple tube membraneux.

Il y a certainement des inductions à tirer de ces rapprochemens. Il ne suffit pas de dire, pour rendre compte de l'utilité de l'oreille moyenne chez les mammifères et chez les oiseaux, qu'elle est destinée conjointement avec l'air atmosphérique qu'elle renferme, à mettre en rapport l'oreille externe avec le labyrinthe. Si tels en étaient les seuls usages, on se demanderait pourquoi la nature a privé du tympan certaines classes d'animaux et en a pourvu un grand nombre d'autres. Ceux-ci, dirait-on, pourraient bien, comme ceux que j'ai précédemment cités, recevoir directement les ondes sonores sur la paroi qui sépare le labyrinthe de la cavité tympanique. Bien certainement si l'air atmosphérique dans l'oreille moyenne ne remplissait pas d'autres fonctions que celle qu'on lui attribue, on aurait raison d'accuser la nature d'avoir compliqué inutilement l'appareil auditif.

Mais on pense bien qu'il faut plutôt avouer notre ignorance, et nous livrer à des recherches nouvelles sur les usages de l'oreille moyenne... L'expérience que je vais rapporter nous mettra peut-être sur la voie de quelque découverte.

Première Observation.

M. Eugène D....., âgé de dix-sept ans, de Metz, me fut présenté par M. Lacretelle, chirurgien major du Val-de-Grâce. Ce jeune homme, doué d'un tempérament sanguin, avait toujours eu l'oreille dure depuis sa plus tendre enfance; cette infirmité était devenue plus intense à l'âge de huit ans, à la suite d'une maladie dont il fut atteint. La température froide et humide lui occasionait souvent des douleurs d'oreilles qui augmentaient beaucoup la surdité; elles se terminaient presque toujours par un écoulement abondant de sérosité qui s'opérait par les narines; alors ce jeune homme entendait moins difficilement...; l'oreille gauche était plus mauvaise que la droite...

En été, M. D..... était sujet à des étourdissemens, à des maux de gorge; il ressentait dans toute la tête des battemens qui le forçaient de s'arrêter quand il marchait avec trop de précipitation.

Le 2 juillet 1835, l'ouïe n'était sensible aux battemens d'une montre qu'à quelques pouces de l'oreille. Une sonde, placée dans la trompe gauche d'Eustachi, me servit à introduire dans la caisse un courant d'air qui sur-le-champ développa l'audition d'une manière si extraordinaire, que le malade se mit à dire : *Est-ce que tout le monde entend aussi bien?* Il était ravi

d'entendre le bruit que l'on faisait dans la rue ; il se plaisait à reconnaître de quels lieux il provenait, à juger de sa direction..... Ma sonde avait pénétré très-avant dans le canal guttural ; les parois de ce conduit s'appliquaient assez bien sur l'instrument pour me permettre de faire le vide dans la caisse et pour rétablir la surdité. C'était la première fois que je faisais cette expérience ; elle n'avait rien de désagréable pour M. D....., qui voulut bien s'y soumettre assez long-temps et assez de fois pour m'assurer de son exactitude (1).

En pratiquant le vide dans l'oreille moyenne comme je viens de l'indiquer, on produit plusieurs effets bien essentiels à noter : 1° on tend la membrane du tympan de dehors en dedans par l'action de la colonne d'air contenue dans le conduit auditif; 2° la chaîne des osselets se trouve momentanément resserrée de manière à faire corps avec cette cloison ; 3° enfin, on isole l'ouverture cochléenne des ondes sonores qui lui étaient transmises par l'air venant de la trompe d'Eustachi... Dans cet état, l'oreille est réduite à la condition de celle des reptiles qui sont privés de fenêtre ronde ; elle n'est plus impressionnable au son et à ses différentes modifications ; elle ne transmet plus aux nerfs auditifs que les bruits isolés et ceux qui font partie des sons et qui en sont peut-être les générateurs.

En annulant l'ouverture cochléenne, si l'on était certain de paralyser aussi la rampe du limaçon avec laquelle elle communique, on connaîtrait bientôt l'usage de cette partie du labyrinthe. L'oreille humaine, dans cet état, se rapprocherait de la condition de celle des poissons. Il ne serait pas impossible d'atteindre à ce but. Il existe certains individus affectés de la perte d'une grande partie de la membrane du tympan, chez lesquels on voit très-bien la membrane de la fenêtre ronde ; s'ils voulaient se prêter aux expériences, on parviendrait, avec de la dextérité, à injecter le conduit circulaire du limaçon fermé par cette membrane...

Par contraste avec ce que nous venons d'observer si nous étudions l'organe auditif des oiseaux, du moins de ceux qui sont doués au suprême degré d'écouter et d'imiter le chant avec une si grande perfection, nous ne devons point être surpris de trouver chez eux la fenêtre ronde grande et large. En effet, son diamètre est trois fois plus grand que celui de la fenêtre vestibulaire. Il y a un peu moins de disproportion dans les oiseaux non chanteurs.

Ne pourrait-on pas conclure maintenant de toutes ces remarques que la chaîne des osselets sert à transmettre les bruits dans la partie la plus profonde de l'organe de l'ouïe, et que l'air contenu dans la caisse, tout en remplissant le même but, reçoit avec plus d'avantage les ondes sonores dérivant des qualités les plus délicates, les plus subtiles des corps, mis en vibration, ce fluide étant plus qu'un corps solide approprié à cet usage par l'intermède du diaphragme tympanique. Ce point si important de physiologie expérimentale sera peut-être jugé par des faits pathologiques que je recueille en ce moment (1). Je n'ai dû que l'énoncer dans ce chapitre, pour démontrer toute l'importance de mes études sur la présence et la circulation de l'air atmosphérique dans le centre de l'oreille. L'observation suivante contribuera à justifier toute l'ardeur que j'apporte à ces recherches.

(1) Pour plus de développement sur le traitement et la guérison de ce jeune homme, voyez son observation dans ma brochure intitulée : *Extrait d'un ouvrage inédit sur le traitement des maladies de l'oreille ;* Paris, 1830.

Deuxième observation.

M. Garassus, âgé aujourd'hui de trente-quatre ans, fut attaqué, dans le courant de l'année 1811, d'une surdité incomplète. Consulté par lui, le docteur Maunoir extirpa et cautérisa un polype qui prenait naissance sur la membrane du tympan gauche. Il fit suivre cette opération de bains de vapeur, de vésicatoires à la nuque, et enfin il termina le traitement par deux saisons de bains d'eau sulfureuse. La guérison fut complète, sauf un bruit qui resta dans l'oreille. En 1822, après six années de séjour à Paris, une otite interne aiguë se déclara avec une violence extrême : les douleurs, la fièvre durèrent plusieurs jours, la mâchoire inférieure resta immobile jusques après la sortie du pus formé dans les caisses du tambour ; il se fraya un passage à travers les membranes du tympan.

La surdité fut la conséquence de ces accidens.

M. le docteur I.... fut consulté, puis le professeur Marjolin. Ce dernier conseilla l'application d'un séton à la nuque ; il y resta plus d'une année. On seconda ses effets par des injections ; la guérison fut loin d'être complète cette fois ; la surdité diminua bien pendant le premier mois ; mais ensuite elle augmenta tous les printemps jusqu'en 1828.

A cette dernière époque une nouvelle otite aiguë se déclara....

Le professeur Marjolin, consulté de nouveau le 18 avril, ordonna des saignées locales, un régime antiphlogistique et les vésicatoires. Le 4 juin, il m'adressa le malade. Les membranes du tympan étaient rouges ; la gauche, couverte d'un polype, suppurait abondamment. Malgré une rougeur assez vive de l'arrière-bouche, je crus pouvoir sonder les trompes d'Eustachi, afin de

(1) J'ai corrigé un de ces faits dans la deuxième partie de l'introduction à mes travaux, page 102. Quand il y a surdité produite par une maladie de l'oreille moyenne, compliquée d'engouement cérumineux, il est rationnel de commencer le traitement de l'affection externe ; cependant, il m'est souvent arrivé, comme objet d'expérience, de sonder et de guérir la maladie interne avant l'externe.

C'est en agissant de la sorte que je me suis aperçu que l'engouement externe rend plus sourd pour l'audition des bruits, que pour la parole. Dans les engouemens internes, le contraire a lieu ; on voit des personnes qui éloignent la montre à deux, à quatre et à six pouces, et cependant elles comprennent mal le langage articulé.

m'assurer si la maladie s'était propagée dans le labyrinthe. L'air n'arriva pas ce jour-là dans la caisse, aussi l'ouïe resta presque éteinte, surtout de l'oreille droite.

Les jours suivans je fis de nouvelles tentatives ; le polype fut extirpé et cautérisé.

La trompe gauche s'ouvrit la première sous l'influence des douches d'air, et malgré toute la détérioration de l'organe, l'ouïe se développa d'une manière remarquable.

La désobstruction de la trompe droite se fit aussi peu attendre, de sorte que M. Garassus fut délivré de sa surdité *bien avant la guérison des tissus organiques qui composent l'oreille moyenne.* Voilà six ans que cette cure est opérée sans la moindre rechute.

Pourquoi donc mes confrères n'obtinrent-ils pas le même succès ? c'est parce qu'ils ne terminèrent pas leurs traitemens par les moyens convenables propres à élargir le conduit guttural de l'oreille. Depuis 1811, et surtout à dater de 1822, ce canal resta rétréci, de sorte qu'il s'engouait aussitôt que l'oreille était le siége d'une sécrétion un peu abondante, dont l'accumulation dans les caisses provoquait l'otite, puis la rupture des membranes du tympan.

Voilà donc bien démontré le rôle que joue l'air atmosphérique dans le mécanisme de l'audition. De toute évidence, il est une partie constituante de cet appareil organique, comme l'eau est une partie constituante du globe de l'œil, ou du moins, comme le sont des fluides qui en possèdent toutes les qualités par rapport aux modifications qu'ils apportent aux rayons lumineux. Les larmes, l'humeur aqueuse modifient les rayons, de même que l'air modifie les zones sonores recueillies sur la surface du tympan, et transmises par cette membrane à cet élément des anciens philosophes.

Mais il ne suffit pas d'en avoir démontré la présence dans la caisse, d'avoir prouvé son utilité ; il faut aussi, avant de se livrer à l'étude des divers états pathologiques de cette portion du sens de l'ouïe, constater l'influence de ses qualités ; les unes, que l'on pourrait nommer physiologiques, comme on le dit pour les propriétés des tissus, donnent à l'audition toute la finesse désirable, et entretiennent l'organe dans un état de santé parfait.

Les autres, qui sont les qualités nuisibles de l'air, rendent l'ouïe obtuse, et prédisposent aux maladies.

Il faut ranger dans la première catégorie, l'air sec, tempéré, dégagé de toutes les émanations du sol arrosé sans cesse dans nos grandes villes par une infinité de liquides en putréfaction.

Dans la seconde, il faut mettre en première ligne l'humidité répandue constamment dans l'air que l'on respire.

Article II.

§ I. *Influence des qualités physiques de l'air sur l'organe de l'ouïe.*

L'air sec des vallées, souvent renouvelé par les vents; l'air des montagnes, des climats tempérés, n'occasione jamais de ces catarrhes chroniques, avec engouement et rétrécissement que l'on rencontre si souvent chez les sourds qui habitent les contrées marécageuses, et surtout les rues étroites de nos grandes villes : il possède, au contraire toutes les qualités nécessaires à la guérison de ces sortes de maux. J'ai recueilli assez de faits pour assurer qu'il peut lui seul, sans l'emploi d'aucun médicament, enlever ces phlegmasies dès leur début ; surtout quand ce sont des enfans qui en sont atteints. On pourra se faire une idée de son action puissante et salutaire, à la lecture de la première observation que je rapporterai en parlant de l'action de l'air humide sur l'oreille moyenne.

L'air chaud soulage les otalgies, rend plus supportable la douleur violente qu'occasionent les otites internes aiguës. Je connais plusieurs dames anglaises qui ont arrêté les progrès d'une surdité naissante, en allant habiter le Midi. Après mes traitemens, je prescris souvent à mes malades de voyager en Italie. Le ciel de Naples, surtout, abrège des convalescences interminables dans nos climats.

L'air chaud, si utile dans les lésions des muqueuses auriculaires, doit aussi être favorable à ces membranes dans leur état physiologique.

En hiver, l'air glacé du pays du Nord détruirait en peu de temps les sens de l'ouïe, si, avant d'être introduit dans l'oreille, il ne changeait de température par son contact avec les membranes muqueuses déployées sur la surface si étendue du pharynx, et développées dans les anfractuosités des fosses nasales.

Ce que j'avance n'est point une assertion gratuite ; c'est l'observation des faits, si faciles à vérifier que je suis étonné qu'ils aient échappé aux médecins et surtout aux auristes.

Les chirurgiens qui s'occupent du rapprochement des portions séparées du voile du palais, auraient aussi dû rencontrer beaucoup de sourds parmi ces personnes affligées de cette infirmité native ; aucun n'en a fait mention.

La voûte palatine séparée dans toute son étendue donne un libre accès à l'air extérieur qui se précipite sans cesse par son propre poids dans l'arrière-bouche. Pendant le jour, pendant la nuit, en contact immédiat avec le pharynx, sans avoir perdu aucune de ses qualités atmosphériques nuisibles à l'exquise sensibilité des membranes internes, il en résulte une sécheresse, une gêne, et presque toujours une phlegmasie chronique qui n'en est pas une des moindres incommodités qu'éprouvent les individus dont je parle. Voici quelques faits présens à ma mémoire : je me souviens qu'en 1827, M. Duméril m'adressa l'enfant de madame de la Roche ; il était sourd muet, et privé de la voûte palatine. M. Cancel, de Louviers, mademoiselle Maisonneuve, de St-Germain, sont affectés de becs-de-lièvre et de surdité ; les fosses nasales et la bouche ne forment qu'une cavité.

M. Drnier fils, d'Avranches, mademoiselle..., de Douai, M. Delespaul, de Lille, portent les mêmes infirmités, excepté la mutilation extérieure.

Rien de plus commun que les surdités déterminées par l'air humide. Les membranes qui tapissent la trompe d'Eustachi et la caisse du tambour résistent peu de temps à son contact sans cesse renouvelé dans les cités populeuses, dans les quartiers resserrés et dans les habitations basses privées des rayons du soleil... Arnaud, dans un mémoire qu'il a publié sur la musique des Chinois, prétend que les habitans d'une partie de l'Asie deviennent sourds à l'âge de quarante à cinquante ans. Certes, je ne puis croire que tous sont dans ce cas; mais s'il est vrai que l'immense population de la Chine soit entassée dans des villes encombrées d'animaux; si les artisans y travaillent à toutes sortes de métiers insalubres; si les individus aisés et les femmes surtout sont sédentaires comme les voyageurs nous le disent, je ne suis point surpris du grand nombre d'affections auriculaires que l'auteur que je viens de citer dit avoir remarqué... mon expérience tend même à fortifier ce qu'il avance.

L'angleterre et l'Irlande me fournissent beaucoup de consultans, presque tous atteints d'affections catarrhales de l'oreille moyenne, qui parviennent en peu de temps à un dégré d'intensité qu'on rencontre rarement en France, surtout chez les jeunes gens et chez les demoiselles douées d'une constitution robuste.

Les rétrécissemens des trompes d'Eustachi y sont si graves qu'ils résistent souvent à tous mes moyens de dilatation, précédés ou non des traitemens préparatoires convenables. Les observations recueillies sur deux demoiselles, que je rapporterai ci-après prouveront ces assertions.

Avant d'employer dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'oreille, l'air pur à la température d'une chambre habitée, j'avais essayé l'air chargé de vapeurs émollientes ou aromatiques; mais quelles que fussent les qualités qu'il acquérait en traversant un réservoir liquide, il en résultait presque toujours une augmentation de surdité; et il arrivait souvent que les médications que je cherchais à opérer sur l'organe malade offraient un résultat contraire à celui que j'attendais.

Les vapeurs que je jugeais calmantes, et qui le sont en effet pour les autres organes, provoquaient des otalgies et souvent des otites.

C'est ainsi que l'expérience m'a conduit à l'usage presque exclusif des douches d'air sec.

Il me reste à dire un mot sur l'atmosphère qui enveloppe Paris. Certes, s'il contribue à miner avant la vieillesse l'organe de la vision, il a sur celui de l'ouïe des effets plus fâcheux encore; je ne citerai pas, à l'appui, les nombreux sourds qui le respirent parce qu'on pourrait me répondre que le bruit, les sons de toute nature, les commotions souvent comparables à la détonation de la poudre, sont des causes d'affections auriculaires tout aussi graves que celle qui m'occupe dans ce moment. J'ai des faits incontestables, faciles à vérifier. Les personnes de province affectées de surdités, dites catarrhales, et de toutes autres inflammations chroniques, ne tardent pas à s'apercevoir d'une augmentation de leur dureté d'oreille lorsqu'elles demeurent dans le centre de Paris. Bien souvent, au bout de huit jours, j'ai remarqué qu'elles n'entendaient plus le battement d'une montre dont elles percevaient encore le son à quelques pouces des pavillons, le jour de leur arrivée. Voilà de ces observations qui n'ont jamais été faites avant moi, dont l'utilité est cependant bien démontrée dans les traitemens prescrits contre les dysécées et les cophoses; car si on n'en tenait pas compte, on voit combien on se tromperait en cessant l'administration de quelques médicamens à une personne dont la surdité serait légèrement augmentée, parce qu'elle se serait transportée d'une atmosphère sèche au milieu de l'atmosphère de Paris. C'est dans de telles occurrences qu'on reconnaît toute la sagacité du médecin, c'est aussi la pierre de touche de la confiance des malades.

Troisième Observation.

Effets de l'air humide et de l'air sec sur l'organe de l'ouïe.

M. Charles Veret, âgé de vingt-trois ans, doué d'un tempérament lymphatique et nerveux, fut bien portant jusqu'à l'âge de onze ans; à cette époque, il éprouva des douleurs arthritiques qui persistèrent plusieurs mois; elles furent suivies d'une ophthalmie qui dura pendant plus d'une année; elle fut guérie par de fréquentes saignées accompagnées d'un séton.

A la fin de sa treizième année, ce jeune homme s'aperçut d'une diminution dans la finesse de l'ouïe, il portait cependant encore un cautère au bras; il fut envoyé à Barrèges, où il prit des douches qui furent sans effet... Monsieur son père rend ainsi compte des grands accidens qui survinrent à l'âge de vingt-deux ans.

« Ce n'est que depuis onze à douze mois que le nom de surdité a dû être donné à ce qui n'était qu'une dureté d'ouïe.... En effet, et surtout en 1831 et 1832, l'état de mon fils n'était pas très-fâcheux; il pouvait entendre des sermons, suivre des cours oraux; aller au spectacle, aux concerts; il ne paraissait sourd qu'à une certaine distance, il appelait son état être *myope d'oreille*.... l'humidité paraissait diminuer la sensibilité de l'organe..... Au mois de juillet 1833, en se levant à huit heures du matin, il sentit comme un bourdonnement, et la première personne qui lui parla ne put se faire entendre.

» Depuis lors il est sourd plus ou moins, mais toujours beaucoup plus qu'il ne l'était un an avant cette crise subite.

» Aucun remède ne fut d'abord employé. Appelé en octobre dans le département des Pyrénées-Orientales, il y a ressenti de fâcheux effets des variations fréquentes du climat; il ne pouvait guère converser, même de près, ni discerner les sons de son piano; il a même été jusqu'à ne pas entendre ceux du flageolet... Le 15 mai,

un séton lui a été passé à la nuque ; il a amené quelques résultats la première semaine ; déjà il avait quitté le cornet, trois ou quatre jours de pluie on détruit ce mieux, et il est presque reculé de tout ce qu'il avait gagné. »

Voici maintenant les effets produits sur l'ouïe par l'air des montagnes.

En septembre 1833, pendant le cours d'une attaque de surdité, étant dans les Cévennes, ce jeune homme monta sur le *Vigan*, où il resta huit jours. Il put, durant tout ce temps, entendre la conversation. Revenu dans la plaine, il reperdit l'ouïe, il la retrouva sur la montagne, en descendant il fut complétement sourd. Enfin, pour la troisième fois, il entendit en retournant sur le Vigan.

Cette observation confirme ce que j'ai dit dans ce paragraphe, sur les effets de l'air humide et de l'air sec. La note suivante est aussi concluante.

Ce fut sur deux demoiselles, l'une habitant le pays de Galles, mademoiselle Martha P....; l'autre, mademoiselle Laure L...., élevée près de l'Ecosse, que j'ai observé les rétrécissemens les plus complets des trompes d'Eustachi ; ils résistèrent à l'emploi du cathétérisme et des douches d'air, continués plusieurs mois avec toute l'assiduité possible. Les traitemens dérivatifs n'aidèrent en rien mes efforts. Ces jeunes personnes étaient exposées depuis leur enfance à de fréquens maux de gorge toujours plus intenses en automne et au printemps qu'en été et en hiver. La première alla habiter l'Italie; je la revis après une année de séjour dans ce beau pays ; la surdité avait diminué.

(*La suite au prochain numéro.*)

LETTRES SUR L'ORTHOPÉDIE.

Lettre II. — *Description de l'appareil à inclinaison ; son mode d'action.*

Nous avons signalé dans notre précédente lettre la découverte d'un nouveau mode de traitement des courbures du rachis, et fait pressentir une partie des avantages qui lui sont propres. Nous avons dit que ce traitement était établi sur des principes entièrement différens de ceux que les médecins orthopédistes ont adoptés ; nous ajouterons que ces principes, pour être nouveaux, n'en sont pas moins d'une supériorité remarquable dans leur application, et parfaitement en harmonie avec les lois de physiologie et de statique qui président aux mouvemens et à la station chez l'homme. Il n'y a donc pas seulement dans la méthode d'inclinaison un *corset* ou une *ceinture ;* et c'est en vain qu'on affecte de le dire, pour tâcher d'atténuer par le ridicule un moyen dont la supériorité est évidente pour tout le monde. Cette supériorité est tellement évidente qu'elle aveugle ceux qui ont intérêt à la mettre en doute, au point de les forcer à lui rendre hommage malgré eux et par les moyens même qu'ils emploient pour la combattre.

Que ce soit le hasard, que ce soit le raisonnement qui ait conduit l'auteur à cette thérapeutique rationnelle et puissante, toujours est-il qu'il a doté l'art de guérir d'un nouveau moyen, qui, employé avec intelligence et surtout avec toutes les précautions que son énergie commande, est appelé à rendre plus de services que n'en ont jamais rendus ni l'extension, ni la gymnastique, dans le traitement des déviations du rachis.

Ce qui distingue l'appareil de M. Hossard est une extrême simplicité dans le moyen, jointe à une très-grande puissance d'action ; double mérite qui, en mecanique, est un signe certain de perfection, et qui est d'autant plus appréciable ici que les machines orthopédiques, destinées au redressement de la colonne vertébrale, sont toutes d'une complication ruineuse et d'une stérilité reconnue.

En effet, l'appareil à inclinaison se compose simplement de trois ou quatre pièces principales qu'on pourrait faire confectionner partout et à peu de frais, ce qui rendra un jour, nous l'espérons, son emploi général, quand les médecins auront appris à en faire usage. Ces pièces sont 1° une large ceinture en cuir, 2° un buse en acier inflexible, 3° une ou deux courroies en cuir, 4° un large sous-cuisse, 5° et dans certains cas, un tuteur ou béquille. Nous allons donner la description succincte de ces différentes pièces, nous réservant d'en offrir plus tard le dessin.

La ceinture est en cuir très-fort, mollement rembourrée et doublée de peau de chamois très-douce. Sa largeur est de quatre à cinq pouces, et sa longueur varie suivant la grosseur du sujet. Elle se fixe autour du bassin au moyen de boucles et de courroies. Sur la partie de cette ceinture qui se trouve appuyée sur le sacrum, se trouve une pièce en acier appelée *cadran à crémaillère* qui est formé, 1° d'une plaque rivée à la ceinture, 2° d'un segment de cercle fixé sur la plaque par ses deux extrémités, libre dans le reste de son étendue (de manière à permettre le passage du buse entre lui et la plaque) et armé à son bord supérieur de quatre ou cinq dents, formant ainsi une crémaillère légèrement tournée à gauche ; 3° d'un bouton ou pivot à tête, rivé au centre de la plaque, et qui doit fixer le buse en se logeant dans l'échancrure qu'offre l'extrémité inférieure de celui-ci. Sur la partie droite de la ceinture, dans le point correspondant à l'aisselle, est une douille en acier dans laquelle on peut engager le pied d'une petite béquille pour soutenir l'épaule du même côté.

Le buse ou *levier* est une tige plate en acier trempé de la largeur d'un pouce environ, d'une longueur telle, qu'étant en place, il dépasse un peu, par son extrémité supérieure, l'angle postérieur de l'omoplate. Ce buse offre, à son extrémité inférieure, une échancrure destinée à recevoir le pivot à tête de cadran, et à un pouce environ au-dessus de cette échancrure un bouton qui s'engage entre les dents de la crémaillère et le maintient dans le degré d'inclinaison qu'on lui a donné.

Sur le reste de son étendue, on remarque une série de boutons plus petits auxquels doit s'attacher la grande courroie.

Cette *courroie*, que nous nommerons *pectorale* pour la distinguer d'une autre qu'on peut appeler *lombaire*, présente quatre chefs dont deux inférieurs sont reçus dans deux boucles que la ceinture porte à sa partie antérieure et à droite, et deux supérieurs très-larges qui vont s'agrafer aux boutons du busc au moyen de deux rangées d'œillets. Le plein de cette large courroie appuie ainsi, de dehors en dedans, sur la saillie formée par l'arc des côtes, et qui correspond à la convexité de la courbure du rachis.

Le sous-cuisse, pièce fort importante, puisqu'elle doit en dernier résultat supporter presque tout l'effort destiné au redressement de l'épine, se compose d'une partie moyenne, large de trois pouces environ, doublée en chamois et bien rembourrée, et de deux extrémités ou courroies qui la fixent à la ceinture, en avant et en arrière, à deux boucles disposées à cet effet, et de telle manière que le plein du sous-cuisse porte dans le pli de la cuisse et non sur les parties génitales.

On se sert, dans quelques cas, d'une autre *courroie* que nous appellerons *lombaire*, parce que, destinée à agir sur les fausses côtes pour remédier à certaines variétés de courbures inférieures, elle vient s'accrocher à la partie moyenne du busc qui répond à la région lombaire. Cette courroie se fixe d'une part à une boucle située à la partie antérieure de la ceinture, du côté droit, et de l'autre aux derniers boutons du busc.

La béquille, que nous préférons appeler *tuteur*, se fixe dans la douille qu'offre la ceinture à gauche, et est destinée à soutenir l'épaule basse et à faciliter le mouvement d'élévation de la partie supérieure du tronc, qui est nécessaire pour redresser la courbure dorsale, dans le cas où le défaut d'énergie des muscles, ou la trop grande rigidité des articulations des vertèbres, s'oppose à ce mouvement. On peut souvent remplacer cette pièce par une simple courroie servant d'épaulette, et qui, placée sous l'aisselle, vient se fixer par les deux extrémités au bouton le plus élevé du busc.

On voit combien cet appareil est peu compliqué. La manière d'en faire usage n'est pas tout-à-fait aussi simple qu'elle le paraît d'abord, parce que les circonstances des déviations varient beaucoup, et qu'un peu plus ou un peu moins d'inclinaison du tronc, un peu plus ou un peu moins d'obliquité de la grande courroie en arrière, produit des effets très-différens. Toutefois voici les données les plus générales sur l'emploi de cet appareil.

Nous supposons le cas le plus ordinaire, celui d'une courbure supérieure ou dorsale à droite, et d'une inférieure ou lombaire à gauche, lesquelles ont déterminé : 1° l'élévation de l'épaule droite, la saillie de l'angle inférieure de l'omoplate, une courbure exagérée de l'arc des vraies côtes de ce même côté. La saillie de la partie supérieure des muscles des gouttières vertébrales; 2° l'élévation de la hanche gauche, et en même temps la diminution de hauteur de l'espace compris entre la crête iliaque du même côté et le bord de l'aisselle, la saillie des fausses côtes et de la masse des muscles sacro-lombaires; 3° la disposition inverse des parties opposées, et surtout l'abaissement de l'épaule gauche et de la hanche droite.

La ceinture doit être placée de telle manière que les deux extrémités se trouvent sur la hanche droite, et le cadran à crémaillère vis-à-vis le sacrum. Elle est ainsi fixée solidement par les boucles sur la hanche droite; et, en raison de sa largeur, et de la mollesse de sa garniture, on peut l'appliquer fortement sur le bassin sans aucun sentiment de gêne ou de malaise, d'autant plus qu'elle ne se moule pas exactement sur les parties; et comme elle n'appuie que sur les deux côtés du bassin, elle laisse sans pression aucune les parties antérieures et postérieures.

Quand la ceinture est bien fixée, on attache le sous-cuisse, puis on ajuste le levier dans le cadran, c'est-à-dire qu'on glisse son extrémité échancrée entre le cercle dentelé et la plaque adhérente à la ceinture et qu'on engage son premier bouton entre les dents et le pivot dans son échancrure, de manière à ce qu'il soit plus ou moins incliné vers la gauche; après quoi ramenant les deux chefs libres de la courroie pectorale au-devant de l'abdomen, au-dessous du sein, puis latéralement sur la partie convexe de la poitrine, puis par-derrière sur l'angle inférieur de l'omoplate, on vient les attacher aux boutons du busc, plus ou moins haut, suivant l'indication.

Voici le mode d'action de cet appareil. Le point d'appui étant pris sur le bassin et surtout sur la partie interne et supérieure de la cuisse, précisément dans le point où les muscles offrent le plus d'épaisseur, et où la pression pourrait, par conséquent, être beaucoup plus forte qu'il n'est ici besoin, sans produire aucun effet fâcheux. La courroie pectorale, fixée d'une part à la ceinture, au-dessous du sous-cuisse, et de l'autre à l'extrémité supérieure du levier, tend à renverser la partie supérieure du tronc de droite à gauche, en agissant par sa partie moyenne sur la saillie formée par les côtes et au-dessous de la courbure dorsale; et cette inclinaison du tronc sera d'autant plus grande qu'on diminuera la longueur de la courroie, et par conséquent l'étendue de l'espèce d'anse qu'elle forme et par laquelle elle appuie sur la poitrine. Or, on conçoit ce qui doit résulter de cette inclinaison.

Le premier effet de l'appareil est donc d'incliner à gauche la partie supérieure du tronc, c'est-à-dire d'éloigner son axe de la verticale du point de support, et par conséquent de détruire l'équilibre propre à la station. Dans cet état, le sujet ne pourrait faire un pas sans s'exposer à tomber à gauche, ce qui arriverait infailliblement si la moindre impulsion lui était communiquée du côté droit, et qu'il lui fût impossible en même temps de réagir dans le sens opposé pour rétablir l'équilibre; aussi, pour éviter la chute, se porte-t-il instinctivement sur la droite; mais arrêté dans ce mouvement par la courroie qui passe obliquement sur les côtes, au-dessous de la courbure supérieure, il se

borne à renverser les parties situées au-dessus de cette courroie en s'appuyant sur elle; s'incline autant qu'il est en son pouvoir, et en même temps qu'il abaisse cette épaule, l'autre, qui précédemment était plus basse et par le fait de la courbure elle-même et par l'inclinaison du tronc, se relève pour suivre le mouvement de la tête et de l'épaule droite.

Ce mouvement combiné, que nous analyserons physiologiquement, et dont il est facile, d'ailleurs, de se rendre compte, a pour effet immédiat, comme nous l'avons fait remarquer, de rétablir l'équilibre, et pour effets secondaires (dont la continuité est la sûre garantie de la guérison), les phénomènes suivans que nous nous contenterons d'exposer succinctement aujourd'hui, ayant à les expliquer ailleurs dans tous leurs détails.

Au moment où le haut du tronc et la tête se redressent et tendent à s'incliner à droite, les côtes que presse assez fortement la courroie vers leur tiers postérieur rapprochent de la ligne médiane les vertèbres correspondantes qui en ont été écartées par l'incurvation. Cette incurvation tend donc aussitôt à s'effacer, et les coussins fibro-cartilagineux intervertébraux cessant d'être comprimés, du côté de la concavité de la courbure, reprennent leur forme normale, circonstance qui concourt d'une manière puissante à la sûreté du redressement.

D'autre part, les muscles du tronc, du côté de la convexité, distendus qu'ils étaient, et par conséquent affaiblis (bien que, par une bizarrerie inexplicable, on les ait considérés comme les plus forts, sans doute à cause de l'augmentation de volume apparente de quelques uns), ces muscles se contractent et se raccourcissent, tandis que les muscles correspondant à la concavité, dont les fibres étaient rétractées par le rapprochement de leurs points d'insertion s'étendent et reprennent leur longueur normale.

Un autre phénomène, qu'on n'a pas assez remarqué, s'opère en même temps; c'est un mouvement de rotation des vertèbres sur leur axe, dans le sens opposé à celui qui a eu lieu dans l'incurvation du rachis. Dans ce mouvement de véritable torsion de la colonne, les apophyses épineuses, écartées de la ligne médiane, s'en rapprochent; et en même temps les apophyses transverses, qui, du côté de la convexité, s'étaient dirigées d'avant en arrière, et faisaient faire aux muscles des gouttières vertébrales qu'elles distendaient une saillie qu'on pouvait attribuer à une augmentation de volume, et par conséquent d'énergie de ces muscles, sont ramenées d'arrière en avant; et celles du côté opposé, suivant un mouvement contraire, viennent remplir la dépression que leur enfoncement avait déterminée.

La principale circonstance sur laquelle nous voulons en ce moment fixer l'attention, c'est le redressement des deux courbures, par le fait de l'inclinaison donnée au rachis au moyen de la ceinture à levier. Ce redressement, nous venons de l'expliquer: et sa production est aussi facile à comprendre que facile à démontrer.

Cependant on a opposé contre ce système de redressement un raisonnement auquel on semble attacher un grand prix, puisqu'il est le seul qu'on ait eu à lui opposer, et sur lequel on s'étaie pour avancer que c'est se faire illusion que de croire à la guérison possible des déviations du rachis par l'emploi d'une ceinture. Voici ce raisonnement.

On a dit; « Tous les médecins savent que 99 fois sur 100, il y a dans toute déviation deux courbures en sens inverse. Or, les ceintures que l'on donne comme moyen de guérison, n'agissant qu'en inclinant le corps du côté opposé à la courbure qu'on veut redresser, augmentent nécessairement la seconde. » La réfutation de cette proposition se trouve dans le peu de mots que nous avons dits tout à l'heure pour expliquer le mode d'action de l'appareil à inclinaison; mais, nous emparant, comme on l'a déjà fait, de ce même argument, nous dirons que puisqu'il est vrai qu'en raison des lois de l'équilibre qui président à la station du corps humain, une courbure existant dans un des points du rachis, en entraîne nécessairement une seconde dans le sens opposé, le redressement de l'une d'elles devra aussi nécessairement entraîner le redressement de l'autre; et nous ajouterons: par cela même que vous reconnaissez à l'appareil à inclinaison la faculté de pouvoir redresser la courbure inférieure, vous lui reconnaissez implicitement celle de corriger la courbure supérieure; en un mot, vous avouez qu'il peut guérir les difformités du rachis. C'est un aveu que nous ne ferons pas, nous, pour ce qui concerne l'extension à laquelle notre conviction refuse, en tant que principal moyen de traitement des déviations, toute puissance curative.

On se demande à présent: comment se fait-il qu'un moyen aussi efficace, aussi simple; aussi commode aussi facile en apparence à mettre en usage, n'ait déjà pas guéri des milliers de déviations, depuis Venel, qui dit-on, a inventé le levier dont s'est servi M. Hossard; depuis Delpech surtout, qui, dit-on encore, a imaginé l'inclinaison dont M. Hossard s'est également emparé? Voici pourquoi: c'est que Venel, qui a appliqué le levier au traitement des pieds-bots, n'a pas plus deviné les effets de la ceinture à inclinaison, qu'Archimède, qui cependant connaissait aussi le levier et en avait si bien calculé la puissance, n'a deviné le sabot de Venel; c'est que Delpech, en faisant son corset à inclinaison, n'a pas plus songé à cette ceinture et à ses heureux effets que Alfonse Ferri n'a imaginé la lithotritie en inventant son tire-balle, qui aujourd'hui sert à briser les pierres dans la vessie; qu'en un mot la ceinture à levier repose sur des données complétement neuves dans leur application à l'orthopédie, et n'a été inventée par personne avant M. Hossard. On a, il est vrai, fait honneur à ce dernier, empressons-nous de le dire, de l'invention du sous-cuisse, qu'on emploie, depuis des siècles, dans tous les bandages qui s'appliquent autour du bassin; mais aussi, par compensation, on lui refuse l'idée-mère du moyen, qui, nous le répétons, lui appartient tout entière, comme on le verra dans notre

prochaine lettre, où nous comparerons le levier de Venel à celui de M. Hossard, et la ceinture de celui-ci au corset de Delpech. A. T.

SANGSUES.

(Moyens de les faire servir plusieurs fois.)

M. Tournal a communiqué, au congrès de Toulouse, un moyen aussi nouveau que curieux pour faire servir plusieurs fois la même sangsue. Ce moyen consiste à traverser de part en par la sangsue avec un petit stylet en bois; à la retourner entièrement et avec précaution comme le doigt d'un gant; la laver légèrement dans l'eau sans affecter ses organes; la retourner entièrement pour la rétablir dans son état normal; retirer le stylet de bois, et la jeter immédiatement dans l'eau. Loin de paraître affectée de cette opération, la sangsue s'agite vivement et peut resservir aussitôt.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

NOVEMBRE 1835.

Mémoire sur les engorgemens du testicule.

Troisième article (suite et fin.)

Engorgement syphilitique du testicule.

Quoique l'expression de testicule vénérien ait servi à désigner l'orchite blennorrhagique, je crois devoir la consacrer avec M. Cullerier, à désigner un engorgement chronique du testicule, qui est manifestement un symptôme consécutif de la maladie vénérienne, et qui diffère évidemment des engorgemens décrits jusqu'ici. C'est bien à tort qu'il a été confondu par presque tous les auteurs avec l'engorgement chronique simple. A Cooper a évité cette faute et en a donné une fort bonne description.

Pour mieux en faire ressortir les caractères, je rappellerai brièvement que l'engorgement de la première espèce a le plus souvent son siége dans l'épididyme et le commencement du canal déférent; qu'il est presque toujours borné à un seul côté; que le testicule conserve ordinairement son volume et sa consistance naturels; que la tumeur est indolente ou peu sensible, mais qu'à l'occasion de causes légères, elle peut s'enflammer et reproduire une partie des symptômes de l'orchite aiguë.

L'engorgement de la seconde espèce où le testicule vénérien suit une marche toute différente, mérite une description minutieuse. Il reconnaît constamment pour cause une affection syphilitique ancienne. Il peut survenir des mois ou des années après la disparition des symptômes primitifs. Quoique un traitement antivénérien complet, dirigé contre ceux-ci, n'en mette pas toujours à l'abri, cependant il s'observe surtout chez les personnes qui ont négligé de les combattre.

Presque toujours les deux testicules sont affectés simultanément. L'engorgement commence par la glande, dont une partie, ordinairement la plus inférieure, durcit peu à peu et perd sa forme arrondie. On y sent des inégalités, comme si une portion de la tunique albuginée s'enfonçait vers le centre de l'organe. Son volume est à peine changé; je l'ai vu plusieurs fois diminué. Sa consistance est accrue au niveau de la partie déformée; dans ce point, il semble qu'on presse un corps d'une dureté fibreuse, et que la substance molle du testicule ait complètement disparu. Le mal continuant à s'accroître, toute la glande devient dure, sa grosseur augmente; l'épididyme participe de la même altération. Si alors on recherche quel est l'état de ce conduit, on s'aperçoit qu'il n'est plus possible de le distinguer du testicule; il fait corps avec lui et est confondu dans la masse indurée. Le volume total de la tumeur peut acquérir celui du poing et au delà. Les douleurs offrent le caractère des douleurs syphilitiques, c'est-à-dire qu'elles sont sourdes et qu'elles surviennent à l'entrée de la nuit pour disparaître au matin. A. Cooper a remarqué que le testicule vénérien accompagne plus fréquemment les syphilides et l'inflammation du périoste que les ulcères de la gorge.

L'affection peut persister fort long-temps dans cet état sans produire aucun accident. Je ne connais pas d'exemple de sa transformation en une tumeur de mauvaise nature. A. Cooper pense que cette altération a son siége dans la tunique albuginée du testicule, fondant cette opinion sur l'analogie de structure qui existe entre cette membrane et le tissu fibreux sur lequel le virus vénérien exerce principalement son influence; cependant il avoue ne pas avoir eu occasion de s'en assurer par la dissection.

Le traitement anti-syphilitique complet, principalement par les frictions mercurielles, aidé de la position des saignées, de l'application d'un emplâtre de *vigo cum mercurio* sur le scrotum, etc., triomphe de cet engorgement d'une manière aussi prompte que certaine.

Spermatocèle.

Les Anciens ont décrit, sous le nom de spermatocèle, une maladie qu'ils considéraient comme le résultat de la distension du testicule et de l'épididyme par la liqueur séminale arrêtée dans ses conduits. Il me paraît douteux que le sperme puisse s'accumuler dans les testicules en assez grande quantité pour en produire la distension mécanique; il est plus probable que la rétention de la liqueur séminale n'est que la cause déterminante de la maladie, et qu'elle entraîne un mouvement fluxionnaire, analogue à celui qui forme la première période de l'orchite aiguë.

Au dire des auteurs, cette maladie reconnaît quelquefois pour cause un obstacle physique au cours du liquide spermatique : elle a été plus souvent occasionée par l'empêchement subit ou par l'interruption brusque de l'éjaculation. Fabrice de Hilden a conservé l'histoire curieuse d'un jeune homme qui fut surpris avec sa maîtresse, au milieu du coït; les deux testicules devinrent sur-le-champ douloureux et gonflés. Morgagni, dans sa XLIIIe *Lettre*, art. 40, cite trois exemples de ce genre, dont deux lui sont propres. La continence long-temps prolongée produit rarement cette affection;

elle entraîne plutôt des accès épileptiformes ou le délire satyriasique ; il résulte de l'analyse des observations que j'ai pu recueillir que le spermatocèle se manifeste surtout à l'occasion de violens désirs qui n'ont pas pu être satisfaits et d'une érection qui a duré long-temps. Je connais une personne chez qui la maladie survient de cette manière. C'est un jeune homme ; cet accident lui est arrivé plusieurs fois et toujours dans les circonstances que je viens de mentionner.

Le début de la maladie est brusque ; elle s'annonce par le gonflement des testicules et des cordons spermatiques, et par une douleur tensive extrêmement violente qui ne remonte guère au delà de l'anneau ; M. Larrey dit avoir observé la dilatation instantanée des veines spermatiques (*Clin. chir.*, t. III, p. 60). Les testicules sont ordinairement affectés tous les deux ; mais il y en a un qui l'est plus que l'autre, et les personnes qui ont éprouvé plusieurs fois cette maladie ont observé que ce n'est pas constamment le même. Le patient a de la peine à se tenir débout ; il ne peut marcher que courbé et en soutenant ses testicules avec la main. Tantôt ces organes sont fortement rétirés vers les anneaux, tantôt ils sont soulevés par intervalles, par les contractions spasmodiques du muscle crémaster. La peau du scrotum devient en même temps tendue, rouge et chaude. La durée et la marche de la maladie varient suivant les individus ; chez quelques uns, elle se termine par une éjaculation spontanée survenue pendant le sommeil, ou par le seul effet du repos au bout de trente-six ou quarante-huit heures ; chez d'autres, elle se prolonge plus long-temps et prend le caractère d'une véritable orchite, qu'il faut combattre par un traitement actif. Les observations que j'ai empruntées à Fabrice de Hilden et à Morgagni prouvent que des accidens graves peuvent suivre le spermatocèle, mais il faut les imputer à une disposition individuelle, plutôt qu'à la maladie primitive.

Le pronostic est peu grave, car la maladie est facile à reconnaître ; l'indication positive et le remède étant, pour ainsi dire, à côté du mal.

L'émission du fluide spermatique fait disparaître les accidens presque immédiatement. A défaut de ce moyen, il faudra recourir au repos, aux bains froids, aux applications de glace ou de quelques sangsues, au decubitus sur le ventre, conseillé par M. Larrey, à la suspension des testicules. Ce traitement sera du reste dirigé suivant les règles tracées plus haut, à l'occasion de l'orchite aiguë.

Varices du testicule.

Les varices du testicule constituent une maladie extrêmement rare. La seule observation authentique que j'en aie rencontrée appartient à Brodie.

James Adams, âgé de vingt-un ans, fut reçu à l'hôpital Saint-Georges, le 2 avril 1817. Les veines du cordon spermatique gauche, ainsi que celles du testicule du même côté, et principalement les veines qui se rendent à la partie postérieure de l'épididyme étaient varicueuses et formaient une espèce de peloton dans cette partie. La tumeur variqueuse peu volumineuse était le siége de douleurs qui survenaient surtout le soir. Des ventouses et des lotions réfrigérantes ayant été inutiles, Brodie mit à découvert la tumeur qui était d'une couleur pourpre et avait le volume d'une fève, et l'incisa d'un coup de bistouri. Elle s'affaissa dès qu'elle fut ouverte et donna lieu à une légère hémorrhagie veineuse : on appliqua sur la partie des compresses imbibées d'eau froide, et l'on maintint l'ouverture libre pour faciliter l'écoulement du sang et en empêcher l'infiltration dans le tissu cellulaire ; la cicatrice fut parfaite en cinq semaines, et il ne resta au point où l'incision avait été faite qu'un léger endurcissement non douloureux (*Archives générales de médecine*, t. XIII, p. 560).

Tumeur fibreuse du testicule

M. Cruveilhier a donné, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, v^e livre, p. 3, la description et le dessin d'un cas, peut-être unique dans la science, de tumeur fibreuse du testicule extirpé par M. Marjolin, à l'hôpital Beaujon. La tumeur avait la plus grande analogie d'aspect et de structure avec le tissu de l'utérus dans l'état de vacuité : cette tumeur, dure et criant sous le scalpel, était composée de fibres d'un blanc grisâtre, contournées sur elles-mêmes, entre-croisées formant des lobules fibreux entre lesquels pénétraient quelques vaisseaux ; son poids était très-considérable, eu égard à son volume, qui était double de l'état naturel. La tunique albuginée était séparée du corps fibreux par une couche épaisse de liquide. A la partie supérieure existait une bouillie blanchâtre, qui parut à M. Cruveilhier le résultat d'une altération du tissu fibreux ; l'auteur pense que cette tumeur fibreuse s'est formée aux dépens du tissu cellulaire qui unit entre eux les conduits séminifères, et que le tissu propre du testicule avait été refoulé à la surface et atrophié par la compression.

Fongus du testicule.

On voit quelquefois la substance glandulaire du testicule tuméfiée, fongueuse, se faire jour à travers une déchirure de la tunique albuginée, traverser le scrotum ulcéré, et venir former une tumeur à la surface des bourses : c'est cette affection déjà signalée par Samuel Cooper, dans un ouvrage ayant pour titre : *First lines of pract. of surg.*, p. 399, que M. William Lawrence a décrit sous le nom de *fongus du testicule*, dans un mémoire qui contient des détails fort intéressans sur les altérations anatomiques, les symptômes et le traitement de cette maladie.

Parmi les neuf observations données par l'auteur, j'en choisirai une qui résume les points principaux de l'histoire générale de la maladie ; quelques remarques dont elle sera l'objet suffiront pour en compléter la description.

« William Cable, âgé de quarante-deux ans, fut

» reçu à l'hopital au mois d'août 1804, quinze mois » après avoir reçu sur le testicule un coup qui lui causa » une douleur extrêmement vive pendant une demi- » heure, et laissa, après s'être dissipée, une sensation » sourde désagréable. Au bout de trois semaines, le » testicule commença à se gonfler à sa partie supérieure » et continua à augmenter de manière à former en cet » endroit un gros nœud.

» Le scrotum s'enflamma, s'ulcéra, et il en sortit un » fongus, sans aucun écoulement de pus. Lorsque le » malade fut admis à l'hospice, le testicule parut dou- » ble de sa grosseur naturelle; il était dur au tou- » cher ; il y avait près du sommet du testicule un fon- » gus qui formait une saillie légère et qui semblait » naître de la glande même..... On jugea convenable de » faire la castration, et son exécution mit à même » d'examiner la nature de la maladie. Le fongus tirait » son origine de la partie supérieure de la substance » glandulaire du testicule, et la moitié en avait con- » servé l'apparence et la structure naturelle » (Traduction du docteur Bosquillon, *Journal gén. de médec. et de chirur.*, t. XXXVI, p. 450).

Dans l'observation que je viens de citer, la maladie parut avoir pour cause une violence extérieure qui produisit une contusion de l'organe; c'est en effet la plus ordinaire; cependant on l'a vue survenir à la suite d'orchite blennorrhagique; d'autres fois sans cause appréciable.

Quels sont les symptômes qui accompagnaient le gonflement du testicule, qui se manifesta au bout de trois semaines? La tuméfaction provoque ordinairement des douleurs très-vives dans le principe; elle est très-dure au toucher; peu de temps après, le scrotum s'amincit et s'ulcère, mais l'ouverture ainsi formée, au lieu de fournir du pus, donne passage à un fongus plus ou moins saillant, quelquefois pediculé, de consistance ferme, saignant rarement, généralement insensible; les tégumens environnans et le tissu cellulaire s'endurcissent, ce qui augmente beaucoup le volume de la tumeur; la douleur se dissipe, le dégorgement s'opère; dans cet état, la maladie est indolente; elle tend à rester stationnaire et ne présente cependant aucun mauvais caractère; il semble alors que le fongus ne s'oppose plus à la cicatrisation que comme un corps étranger interposé entre les lèvres de la plaie qui existe au scrotum.

On voit par l'exemple que j'ai cité que la dégénérescence fongueuse peut affecter une partie seulement de la glande, le reste étant parfaitement sain; d'autres fois elle l'envahit tout entière, comme dans la deuxième observation du mémoire de Lawrence : Dans un cas où l'auteur plongea dans l'eau la masse fongueuse qui avait été extirpée, il lui vit prendre, au bout de quelques jours, exactement l'aspect des canaux flexueux, qui constituent la substance glandulaire du testicule; dans d'autres cas, il a vu distinctement la continuité entre la partie saine de l'organe et la masse fongueuse.

M. Lawrence pense que la maladie abandonnée à elle-même guérirait sans le secours de l'art; mais cette guérison devant se faire attendre fort long-temps, on peut pour la hâter enlever la tumeur avec le bistouri, les ciseaux ou la ligature, si son mode d'adhérence le permet. Dans certains cas, l'excision de la partie exubérante s'est faite sans causer de souffrance au malade; d'autres fois elle fut très-douloureuse; la même chose s'est observée dans l'application de la ligature; peut-être cela tient-il à ce qu'une portion saine de la glande se prolongeait dans la base de la tumeur. Je ne vois, dit M. Lawrence, « aucun motif pour pratiquer la » castration dans une maladie qui ne peut exposer le » malade au plus léger danger, dans aucun temps de » ses progrès ni jamais avoir de suite fâcheuse. »

L'excision de la tumeur, à l'aide de l'instrument tranchant, semble bien préférable; j'ai vu cette méthode employée avec succès par M. Larrey fils, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, sur un jeune militaire qui portait un fongus d'un volume égal à celui d'un petit œuf de poule. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident; seulement, les artères divisées ne purent être liées, parce qu'elles se rétractèrent de suite dans le centre du testicule; et il en résulta un écoulement de sang, que l'on eut un peu de peine à arrêter par l'application de poudres astringentes et d'agaric. Je n'entre pas ici dans de plus longs détails au sujet de ce fait intéressant, que M. Larrey a l'intention de publier.

On peut aussi employer, pour détruire la tumeur, les escarrotiques; il arrive alors quelquefois que la tumeur semble se reproduire après qu'on l'a détruite, mais cela ne s'observe qu'après la première application des caustiques.

Dès que la tumeur est déprimée au niveau de la peau, il se forme une cicatrice enfoncée, qui adhère à la partie du testicule qui n'a pas été détruite.

On peut rapprocher de ces fongus du testicule ceux qui prennent naissance sur la tunique albuginée, et dont je citerai deux exemples; l'un vu par M. Lawrence sur un testicule amputé par le docteur Macartney; l'autre par M. Dupuytren, qui enleva seulement la tumeur en respectant le testicule qui était sain.

Ossification du testicule.

Parmi les altérations organiques qui peuvent envahir la substance propre du testicule, l'ossification est sans contredit une des plus rares. La plupart de concrétions osseuses ou calcaires, indiquées par les auteurs, ont été rencontrées dans les enveloppes du testicule, ou au centre de tumeurs squirrheuses ou encéphaloïdes, ainsi qu'on en trouve plusieurs exemples dans A. Cooper. Cependant la science possède quelques observations qui ne permettent pas de révoquer en doute l'existence de cette lésion.

On lit dans les *Archives* l'observation d'un homme de soixante ans, livré à toute espèce de débauche, et qui mourut à la suite d'accès convulsifs et de rétention d'urine. On trouva les vésicules séminales gonflées et enflammées, les canaux déférens ossifiés, mais non oblitérés, l'épi-

didyme dur, ulcéré et un dépôt calcaire à l'endroit où les vaisseaux séminifères du testicule diminuent en nombre et augmentent en volume.

Le testicule droit d'un homme de cinquante ans fut trouvé, par Walther, converti en une concrétion dure et terreuse (Waltherus, *observationes medico-chirurgicæ*).

Mais le cas le plus remarquable est celui rencontré par M. le professeur A. Dubois, sur un jeune homme de dix-sept ans, auquel il pratiqua l'amputation des deux testicules. On trouva ces deux organes ossifiés dans leur centre ; l'un pesait dix-huit onces, l'autre dix-sept (*traduction d'anatomie pathologique de Baillie*, par M. Guerbois.)

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des organes génitaux font mention de ces plaques cartilagineuses ou osseuses, développées dans le tissu cellulaire sous-séreux, soit à la surface du testicule, soit dans la portion libre de la tunique vaginale. C'est souvent dans les hydrocèles anciennes qu'on les observe : elles peuvent alors masquer le véritable caractère de la maladie qu'elles compliquent. Quand elles n'accompagnent pas l'hydrocèle, il est encore difficile de les reconnaître, parce qu'elles entretiennent dans le testicule un état d'irritation et une intumescence habituels qui simulent d'autres maladies.

On trouve une observation bien curieuse de Luc Schoëkius, le fils, dans la *Collection académique, part. étrang.* t. III, p. 591. Un orfèvre eut au testicule droit une tumeur qui remonta dans l'aîne et devint grosse comme une tête d'enfant. Au bout de plusieurs années, le scrotum s'ouvrit de lui-même et il en sortit du pus en abondance ; enfin, un petit os à surface inégale et rude se présenta à l'orifice de la plaie et en fut tiré avec des pinces par David et Louis Freytag. Plusieurs autres os sortirent, la plaie se ferma et en deux mois et demi le malade guérit ; son testicule revint dans l'état naturel.

Je serais porté à croire que, dans ce cas particulier, la tunique vaginale ossifiée a été frappée de nécrose et ses fragmens éliminés comme des véritables séquestres.

Kystes du testicule.

Les kystes, qui sont peu communs dans l'épaisseur du cordon spermatique, quoiqu'on les y ait rencontrés, surtout chez des jeunes enfans, se développent si rarement dans le testicule, qu'on en trouve à peine quelques observations dans les recueils scientifiques Si les auteurs dogmatiques ne les ont pas complétement passés sous silence, au moins semblent-ils avoir ignoré ceux qui méritaient une description spéciale. M. Boyer décrit une affection, dans laquelle le testicule est transformé en une poche multiloculaire, dont les divisions renferment des liquides de nature et de consistances variées, de la sérosité, du sang, du pus, une sorte de mucus épais et gluant, etc. Ces liquides, placés dans quelques cas, près de la surface de la tumeur, font croire à un abcès, et, si on en fait l'ouverture, un fongus douloureux sort à travers l'incision, ou la plaie qui en résulte se change en un ulcère de mauvaise nature. Bien que M. Boyer compare cette maladie à l'hydropisie enkystée de l'ovaire, on voit qu'elle se rapproche par sa marche des dégénérescences cancéreuses. J'en dirai autant de ces amas d'eau qui, suivant Sabatier, se forment au dessous de la tunique albuginée, dans des cas où le testicule est squirrheux. Il est clair que les kystes ne sont là qu'un accident de la maladie principale.

De véritables kystes ont été rencontrés seuls et indépendans de toute autre maladie concomitante, soit à la surface du testicule, soit dans son intérieur. Brodie a donné l'observation de deux malades, qui portaient une tumeur adhérente à l'épididyme chez l'un, au testicule chez l'autre ; il fut constaté par la dissection que ces deux tumeurs étaient des kystes développés au dessous de la tunique vaginale, entre cette membrane et l'organe auquel ils étaient accollés (*Archives générales*, t. XIV, p. 78).

C'est probablement à ce genre d'affection qu'on doit rapporter les petits kystes adhérens au testicule par des pédicules plus ou moins larges, ressemblant parfois à un vrai testicule par leur grosseur et leur forme, et que Morgagni a décrits sous le nom d'*hydatides du testicule*, notamment dans les articles 30 de la quatrième *Lettre*, et 3 de la quarante-troisième *Lettre*.

Arnaud a rencontré dans sa pratique une tumeur du scrotum, qu'il jugea convenable d'ouvrir dans toute sa longueur ; étant arrivé jusque sur le testicule, il le trouva fort gonflé, et s'aperçut en le touchant qu'il contenait un fluide quelconque. Pour l'évacuer, il y donna sur-le-champ un coup de petit trocart comme pour les enfans, et il en sortit de l'eau jaune et gluante. Le malade guérit parfaitement bien (*Thèse de Rixain*, an XII, n° 129, p. 37).

Les éditeurs de la *Médecine opératoire* de Sabatier parlent de kystes purulens et mélicériques, qu'on a quelquefois appelés hydrocèles enkystées du testicule ; mais sans citer d'observation à l'appui.

C'est à A. Cooper (*Observations on the structure and diseases of the testis, by sir A Cooper*, p. 79) que la science est redevable de la première histoire détaillée des tumeurs enkystées du testicule. Voici quels sont les caractères anatomiques :

Le testicule et l'épididyme offrent deux parties, l'une solide, l'autre occupée par des kystes entre lesquels des prolongemens solides établissent une continuité, dont le volume varie depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une bille, et qui présentent des différences d'organisation, à l'aide desquelles on peut, en quelque sorte, suivre leurs progrès ; car, les plus petits représentent des vésicules remplies d'un liquide séreux et jaune, quelquefois semblable à du blanc d'œuf, tandis que les plus grands ont des parois épaisses et contiennent une matière muqueuse. Ces kystes sont généralement plus petits dans l'épididyme que dans le testicule ; leurs parois sont très-vasculaires,

l'épaisseur de la tunique albuginée est augmentée dans toute son étendue et la tunique vaginale épaissie offre des adhérences partielles. Cooper s'est assuré que ces kystes ne sont pas des hydatides : disposé plutôt à les considérer comme des résultats de la dilatation des conduits séminifères, il propose de donner à cette lésion le nom de maladie tubulaire du testicule (*Tubular disease of the testis*). Toutefois ce n'est qu'avec réserve qu'il émet cette idée. Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible de décider cette question.

La maladie se montre surtout chez les adultes de vingt à trente-cinq ans, quelquefois plus tard, puisque Cooper l'a observée sur un homme de quarante-cinq ans; elle affecte le plus souvent des individus robustes et doués d'une bonne constitution. Ses causes sont encore peu connues ; les malades rapportent ordinairement l'origine de leur mal à l'impression du froid, ou à un coup qu'ils ont reçu sur le scrotum. On n'a point de notions exactes sur la manière dont cette affection se comporte au début, parce que les personnes qui en sont affectées ne commencent à s'inquiéter de leur état qu'au moment où le testicule a déjà pris un certain développement. On sait seulement que la tuméfaction du testicule augmente progressivement et avec une rapidité qui varie suivant les sujets. Lorsque le chirurgien est consulté, la maladie consiste en une tumeur plus ou moins volumineuse, mais qui finit par devenir si considérable, que les vêtemens ne peuvent plus la cacher ; cette tumeur est du reste assez semblable à la tumeur de l'hydrocèle, si ce n'est qu'au lieu d'être piriforme comme celle-ci, elle est légèrement comprimée sur les côtés, de manière à reproduire la forme du testicule ; l'épididyme, quelquefois distinct, ne peut pas toujours être senti ; cela dépend du siége précis de la maladie. Sur le scrotum rampent des veines dilatées; celles du cordon le sont également. La tumeur paraît plus pesante que ne le serait une hydrocèle et n'est point transparente ; elle cède à la pression et peut même donner à la main la sensation d'une fluctuation obscure, à moins qu'elle n'acquière un grand volume ; elle n'est le siége d'aucune douleur locale, et n'incommode le malade que par les tiraillemens qu'elle exerce sur le cordon spermatique ; la pression modérée n'est point douloureuse ; la pression forte fait éprouver au patient une sensation analogue à celle qui résulte du froissement du testicule. La première observation de M. Cooper nous apprend quels sont les effets qui résultent de la ponction d'un testicule rempli de kystes. Il s'écoula par la canule quelques gouttes de sang, la petite plaie se ferma et la ponction n'exerça sur la marche ultérieure de la maladie aucune influence défavorable. Jamais, suivant Cooper, le cordon ne devient malade ; jamais les glandes inguinales ou lombaires ne s'affectent; la santé générale ne s'altère point ; la maladie reste locale ; c'est là un de ses caractères les plus remarquables. Peut-être cette proposition de Cooper est-elle trop absolue; un cas cité par Brodie justifie le doute que j'émets. Ce chirurgien, ayant pratiqué l'extirpation d'un testicule rempli de kystes, le malade mourut d'une péritonite, et l'on trouva dans les glandes lombaires une altération semblable à celle du testicule.

On conçoit que la tumeur unie, ovalaire, élastique, non transparente, lourde, à fluctuation obscure, qui résulte de la présence de kystes dans le testicule, puisse être confondue avec l'encéphaloïde. Toutefois, cette erreur ne paraît pas avoir été commise, et il serait possible de l'éviter en se rappelant la marche particulière de l'engorgement cérébriforme, la dureté remarquable de sa première période qui contraste avec l'apparente fluctuation qu'il présente dans son second degré, et surtout les douleurs lancinantes dont il est le siége ; et le trouble qu'il apporte dans la santé générale. Quel inconvénient y aurait-il d'ailleurs à confondre deux maladies dont le traitement est le même? C'est avec l'hydrocèle que les kystes du testicule ont été confondus, et Cooper lui-même avoue qu'il est tombé deux ou trois fois dans cette méprise.

En effet, la santé parfaite des personnes affectées de kystes du testicule, l'absence complète de douleur, le volume et la forme de la tumeur sont bien propres à faire illusion, et, d'après les premières impressions, le chirurgien s'attend à rencontrer une hydrocèle. C'est en vain qu'on chercherait des signes différentiels dans le poids de la tumeur, sa forme, son opacité, son défaut de transparence ; ces circonstances peuvent se rencontrer dans une hydrocèle. Mais, dans cette dernière, le testicule peut être senti ordinairement à la partie postérieure, et la compression ne fait pas naître cette douleur particulière que développe la pression d'un testicule rempli de kystes. Dans les cas douteux, il faudrait se conformer au conseil de Cooper, et pratiquer une ponction explorative.

Quoique le développement de kystes dans le testicule ne mette pas la vie en danger et n'entraîne aucun accident grave, le pronostic est néanmoins fâcheux; car le poids du testicule et son volume qu'il devient impossible de dissimuler, fatiguent le malade, le gênent dans ses occupations, et finissent par lui devenir si onéreux qu'il sollicite avec instance une opération qui le débarrasse de son mal. Or, jusqu'à présent, on ne connaît pas d'autre moyen curatif que la castration. Cooper a vu échouer toutes ses tentatives de guérison par un traitement médical. Le malade se trouve donc dans l'alternative de conserver une affection qui lui est insupportable ou de perdre un de ses testicules.

Au reste, la castration, appliquée à ce cas particulier, paraît présenter des chances favorables ; elle a réussi toutes les fois que Cooper l'a pratiquée, et n'a jamais été suivie de récidive. Ces succès doivent engager à imiter la conduite du célèbre chirurgien anglais.

Hydatides.

A côté des kystes se rangent naturellement les hydatides, affection non moins rare et dont la science pos-

sède un petit nombre d'exemples. Cooper n'a eu occasion d'en observer qu'un seul cas ; c'était un épididyme qui lui avait été envoyé par Davie, et qui contenait une hydatide de couleur perlée, libre dans son enveloppe. MM Dupuytren et Larrey ont été plus heureux : chacun d'eux a rencontré plusieurs fois cette curieuse altération.

Tantôt les kystes qui renferment les hydatides sont isolés, et occupent, soit le cordon, soit le testicule lui-même ; tantôt ils sont rapprochés de manière à former des espèces de grappes qui se développent dans l'épaisseur de la tunique vaginale, et peuvent de là s'étendre jusqu'au testicule dans la propre substance duquel elles pénètrent. L'étiologie de cette maladie est obscure comme celle de tous les kystes ; mais, ce qui est fort singulier, c'est que M. Dupuytren a soigné plusieurs membres de la même famille qui en étaient affectés (Sabatier, *Méd. opér.*, t. III, p. 35 et 69).

La tumeur qui résulte de la présence des hydatides est ordinairement transparente, assez résistante à la pression, et n'offre qu'une fluctuation obscure, ou même n'en offre point. Sa surface est inégale et bosselée ; mais un caractère qui lui est tout à fait particulier, et qui a été signalé par M. Larrey (*Clinique chirur.*, t. III, p. 49), c'est que l'application brusque d'un corps froid produit en elle un resserrement et une diminution de volume, tandis que la chaleur et l'humidité la rétablissent dans son premier état. Ces changemens sont attribués par M. Larrey à la contractilité propre aux hydatides, qui est mise en jeu par l'impression brusque des substances froides ou irritantes.

Cette maladie a toujours une certaine gravité, puisqu'on ne peut la guérir qu'au moyen d'une opération chirurgicale ; mais cette gravité est proportionnée à l'étendue et au siége de l'affection. Est-elle peu volumineuse et concentrée au bas de la tunique vaginale, on met les hydatides à découvert par une incision et on les enlève à l'aide d'érignes et de ciseaux ; cette incision convient également dans les cas où les hydatides occupent le cordon spermatique ; c'est ainsi que Dupuytren traita et guérit ses malades. La lésion a-t-elle envahi la totalité de la tunique vaginale ; s'est-elle étendue vers le testicule ? Il est douteux que cet organe, envahi par la maladie, atrophié ou plus ou moins profondément altéré, puisse être conservé ; c'est dans ces cas malheureux que l'extirpation du testicule est autorisée.

Tumeurs composées.

Si les diverses altérations dont je viens de tracer l'histoire peuvent exister indépendamment les unes des autre, il n'est pas rare non plus de les rencontrer unies et combinées entre elles de différentes manières, et de ces combinaisons variées naissent des tumeurs complexes que les Anciens appelaient maladies de tout genre.

Les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de fixer les lois qui président à ces combinaisons. Les seules conclusions qu'on puisse tirer de l'examen du petit nombre de faits qui existent dans la science ; c'est que le fongus et les hydatides se rencontrent presque toujours isolés, toutes les autres lésions peuvent concourir à la formation des tumeurs composées, sans qu'il existe entre telle ou telle des rapports d'affinité bien déterminés ; cependant, les tissus encéphaloïde et squirrheux semblent en former à peu près constamment la base ; ainsi, on trouve ces tissus, soit seuls, soit réunis, semés de tubercules, creusés de kystes, traversés par des productions osseuses ou cartilagineuses.

Dans la cinquième livraison de son *Traité d'anatomie pathologique*, M. Cruveilhier a représenté et décrit la coupe d'un testicule présentant une trame aréolaire, fibreuse, à mailles tantôt larges, tantôt étroites, remplie d'une matière pultacée, rougeâtre, analogue au cerveau d'un jeune enfant, matière qu'on exprimait comme d'une éponge par une pression légère ; on y trouvait aussi des concrétions sanguines et de petites masses tuberculeuses ou plutôt du pus concret ; la substance du testicule en partie atrophiée avait été repoussée à la surface.

Le quarantième *Bulletin* de la Société anatomique contient la description d'une tumeur du testicule formée par de nombreux kystes, dont les plus petits étaient gros comme des pois, et dont l'un avait acquis le volume d'un œuf de poule. Leurs intervalles étaient remplis par du tissu encéphaloïde.

Enfin, M. Velpeau a consigné dans le treizième volume des *Archives*, p. 529, l'histoire d'un jeune homme à qui M. Roux enleva une tumeur du scrotum, qui s'était développée depuis six mois à l'occasion d'un coup. La masse morbide était un composé de tissu colloïde, de matière tuberculeuse ou caséeuse, de substance cérébriforme, de tissu cellulaire lardacé et de quelques faisceaux encore reconnaissables de la glande séminifère ; la tunique vaginale n'était pas altérée.

L'exposé des caractères anatomiques qui appartiennent à ces maladies fait prévoir combien il est difficile d'en établir la symptomatologie d'une manière satisfaisante. Qu'attendre en effet de tumeurs complexes, formées d'élémens multipliés, dont chacun a son caractère et sa marche, et qui peuvent se combiner de plusieurs manières différentes et indéterminées ; si ce n'est qu'elles présenteront dans les signes par lesquels elles se traduisent à l'extérieur, la même irrégularité, la même complication, la même infinie variété qui se remarque dans leur composition ? C'est aussi ce qui arrive : examinez une de ces tumeurs sur l'homme vivant ; vous la trouverez volumineuse, inégale et très-irrégulière, saillante dans quelques points, déprimée dans d'autres ; arrondie à droite, anguleuse à gauche ; ici souple et élastique, là dure, incompressible ; plus loin, ramollie et fluctuante. Cet aspect de la maladie suffira sans doute pour établir sa nature complexe ; mais s'il fallait arriver à un diagnostic plus positif, et reconnaître les élémens divers qui entrent dans la com-

position de la tumeur, la sagacité du chirurgien se trouverait souvent en défaut.

Cette imperfection du diagnostic, quelque affligeante qu'elle soit pour la science, est heureusement peu préjudiciable aux malades; car l'expérience a appris que les tumeurs composées du testicule tendent sans cesse à augmenter, ne sont arrêtées par aucun moyen, entraînent infailliblement la perte de l'organe, et mettent souvent la vie en danger. Il suffit donc de les avoir reconnues; l'indication est évidente et la castration est le seul moyen d'y satisfaire.

Je ne terminerai pas ce travail, sans appeler l'attention sur une circonstance propre au testicule et qui peut avoir une grande influence sur le diagnostic et le traitement des affections de cet organe. Le déplacement que les glandes séminales, d'abord situées sur les côtés de la colonne vertébrale, subissent en descendant dans le scrotum, déplacement qui est ordinairement accompli au moment de la naissance, peut se faire plus tardivement. Le testicule chez quelques sujets reste même indéfiniment arrêté sur un des points du trajet qu'il doit parcourir pour accomplir cette migration; chez d'autres, cet organe se dévie de la route naturelle. Dans ces diverses circonstances, quelque soit le point qu'il occupe, il pourra être envahi par une des altérations que j'ai précédemment décrites et simuler une maladie propre à la région dans laquelle il se trouve. L'examen du scrotum fournira dans ces cas un élément précieux de jugement, et l'absence du testicule suffira pour faire présumer la source des accidens. On conçoit que le traitement présentera d'autant plus de difficultés, que le testicule sera situé plus profondément et par conséquent plus soustrait à l'emploi des moyens chirurgicaux.

Bérard *jeune*,
Agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.

Empoisonnement par l'arsenic. — Guérison par le tritoxide de fer hydraté.

Des travaux fort intéressans ont été publiés, depuis 1834, par MM Bunsen de Gottingue, Orfila et Lesueur, Chevalier, Miquel et Soubeiran, relativement à l'action du tritoxide de fer hydraté, administré comme contre-poison des préparations arsénicales et en particulier de l'acide arsénieux. Il s'agissait de résoudre le problème suivant : Trouver une substance qui formât avec cet acide un nouveau composé non vénéneux. Or, le tritoxide de fer hydraté forme, d'après ces travaux, un arsénite de tritoxide de fer ou un arséniate de protoxide, insoluble, et par conséquent sans action sur l'économie animale. Le problème était donc résolu. Des expériences variées, sur quelques animaux vivans, tels que lapins, chiens et chevaux, ont présenté des résultats favorables et fait présumer que les bons effets de cet antidote ne se démentiraient pas chez l'homme. Mais aucune observation n'a encore été publiée qui le prouve. Tout récemment, une circonstance, qui menaçait d'être funeste à cinq enfans, nous a donné lieu de répéter cette expérience, et le succès a été complet. Comme les empoisonnemens par l'acide arsénieux ne sont pas très-rares, qu'ils soient fortuits ou prémédités, nous avons pensé qu'il importait, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, de donner de la publicité aux faits que nous avons observés.

Faits.

Le 13 août dernier, cinq petites filles, qui sortaient de l'école des Sœurs de la doctrine chrétienne, ramassèrent sur un fumier plusieurs morceaux d'un gâteau sec, facile à rompre, de couleur brune, et en mangèrent une certaine quantité. Des accidens ne tardèrent pas à se développer, et voici ce que l'un de nous, M. Bineau, docteur-médecin, observa sur deux de ces enfans, auxquelles il fut appelé à donner des soins.

« L'une d'elles, Léontine Dousserain, âgée de sept ans, n'avait mangé le matin, à huit heures, que de la soupe maigre, et à onze heures et demie, un peu de sardine et de pain. Il était presque deux heures, quand elle mangea un morceau de ce gâteau, gros comme une noix et pesant environ deux gros. Tout au plus une demi-heure après, elle se plaignit de mal de gorge, d'étranglement, et vomit pour la première fois. Jusqu'à quatre heures et demie, les parens observèrent les symptômes suivans : mal de gorge, sentiment de strangulation, douleurs de ventre, surtout à l'épigastre, soif vive, cinq vomissemens de mucus et d'une espèce de pâte brune émiettée. Pas de borborygmes ni de selles. Après les vomissemens, l'enfant était anéantie, ne pouvait ni marcher, ni se soutenir; elle changeait sans cesse de position, se tordait les membres, se roidissait tout d'une pièce; la figure grimaçait par intervalles; les yeux étaient ouverts, agités, roulant dans l'orbite; quelques spasmes des membres; intelligence parfaite. On ne donna que de l'eau sucrée et quatre ou cinq onces de lait qui fut aussitôt vomi. J'arrivai à quatre heures et demie: considérant le petit nombre de vomissemens, je fis prendre un grain de tartre stibié et de l'eau tiède, qui déterminèrent quatre vomissemens en une demi-heure et deux selles jaunes, liquides, écumeuses et très fétides. A cinq heures, je donnai une première dose de tritoxide de fer hydraté, mêlé avec des confitures de groseilles, et suivi d'eau sucrée; dix minutes après, une seconde dose; la petite avala ainsi jusqu'à neuf heures du soir à peu près cinq onces de cette substance. Il y eut encore cinq vomissemens dans cet espace de temps, et de plus en plus éloignés les uns des autres; les premiers étaient peut-être dus au tartre stibié qui avait été donné un peu auparavant; ils étaient d'ailleurs noirs, granuleux, un peu rouges dans le fond. Une selle eut lieu à neuf heures, liquide, noire, très-fétide, précédée et accompagnée de coliques qui cessèrent avec elle. Passé neuf heures, il n'y

eut plus de vomissemens. A sept heures, la chaleur était douce et uniforme; le pouls fréquent, mais assez fort; l'assoupissement commença à cinq heures et dura jusqu'à dix heures; il ne cédait qu'aux vomissemens et aux instances qu'on faisait auprès de la malade pour qu'elle prît le remède; la respiration était faible, mais libre et sans râle; les yeux, demi-ouverts pendant la somnolence, cernés et un peu enfoncés dans l'orbite; la peau pâle et retirée, les membres agités, à intervalles rares, par quelques mouvemens convulsifs partiels. A dix heures, tous les accidens paraissaient calmés. L'enfant eut toute la nuit un sommeil naturel; à peine si elle se réveilla une ou deux fois pour boire. Le lendemain, 14, soif et faim, dès le matin; langue un peu rouge et sèche; ni céphalalgie, ni assoupissement; la face s'anima, la peau devint chaude, le pouls fréquent; légère agitation, faible mouvement fébrile. Cependant la petite fille voulut se lever; elle fit diète, but du bouillon, de l'eau de tilleul et de la limonade. A onze heures, elle fit une selle noire et plus liée: à quatre heures, elle se coucha, dormit d'un sommeil tranquille, transpira un peu, et dès lors la santé redevint aussi bonne qu'auparavant, sans qu'aucun symptôme nouveau se soit déclaré.

« L'autre jeune fille, Marie-Louise Ganeau, âgée de cinq ans et demi, n'avait pris dans la matinée, à huit heures, que des poires et des prunes cuites. Un peu avant deux heures, elle mangea un morceau du même gâteau, pesant environ trois gros. Un quart d'heure après, tout au plus, elle eut un premier vomissement de glaires, de pain et de melon, suivi dix minutes après d'un second, où l'on remarqua une pâte brune émiettée. On lui donna huit à dix onces de lait qui furent aussitôt rejetées. L'eau de laitue, l'eau sucrée, l'émulsion qu'elle prit, tout fut vomi presque aussitôt après avoir été avalé. Plus de vingt vomissemens se succédèrent ainsi jusqu'à cinq heures et sans aucune évacuation alvine. A cinq heures, première selle jaune, liquide, peu abondante. Après les vomissemens, l'enfant était abattue, anéantie, assoupie pendant quelques instans, mais bientôt l'agitation recommençait et devenait très-grande; la petite changeait de place, se remuait, accusait de grandes douleurs partout le corps, et surtout au ventre et aux jambes, disait qu'elle allait mourir. Pas de borborygmes; sueur froide au visage et aux mains; face alternativement pâle et violette; soif assez vive. A quatre heures, l'assoupissement devint plus grand et presque continu; intelligence toujours parfaite, excepté pendant quelques minutes. A cinq heures, j'arrivai auprès d'elle, et vu le grand nombre de vomissemens, je lui fis prendre sur-le-champ le tritoxide de fer hydraté, par petites cuillerées à bouche, à la dose de cinq ou six gros à la fois, assez rapprochées d'abord, puis de plus en plus éloignées, jusqu'à dix heures du soir; ce remède était mêlé à des confitures et suivi d'eau sucrée. Depuis ce moment on ne compte que trois vomissemens de matière grenue, noire; les symptômes diminuèrent rapidement; plus de plaintes, de douleurs au ventre ni aux jambes, de coliques; mais l'assoupissement devint profond et continu, et à six heures du soir, l'état général semblait assez alarmant: chaleur douce, uniforme, mais pouls très-fréquent, faible et petit; face pâle et rouge alternativement; yeux cernés, entr'ouverts, enfoncés dans l'orbite; respiration faible, à peine sensible; aucune agitation. A dix heures, le pouls se releva; le sommeil continua; sueur abondante à deux heures du matin. A quatre heures, réveil naturel; l'enfant boit avidement et se rendort. A sept heures, une selle noire, fétide, caillebotée; pouls moins fréquent, plus fort; ni plainte, ni malaise; faim. Elle mange de la soupe et veut se lever. A dix heures, deuxième selle plus dure, noire; faim, soif assez vive; gaîté. A cinq heures, pouls excellent, état général bon; sommeil la nuit; retour complet de la santé. Aucun symptôme depuis. »

Les trois autres enfans ont été observés par M. Majesté, pharmacien.

« Marie Beny, âgée de sept ans, et Louise sa sœur, âgée de cinq ans, avaient mangé à la même heure que les autres une égale quantité du même gâteau, environ deux gros chacune. Elles ne faisaient, depuis, que vomir et aller à la selle, dit le père. A quatre heures, je les trouvai dans l'état suivant: L'aînée avait la figure crispée, pâle, ou livide, les paupières fortement injectées, une soif ardente, la peau très-chaude, cent vingt pulsations, le ventre ballonné et douloureux, l'épigastre surtout sensible, un abattement général; elle avait eu vingt vomissemens et autant de selles. La plus jeune avait la face moins décolorée, les paupières moins injectées, le ventre moins douloureux, une soif vive; plusieurs selles et vomissemens avaient eu lieu; mais elle paraissait moins malade que sa sœur. J'ordonnai un lavement et de l'eau de tilleul, et je courus à ma pharmacie. Ayant aisément constaté la présence de l'acide arsénieux dans le gâteau qui me fut présenté, à l'aide de quelques réactifs et de l'odeur alliacée qu'il avait dégagée, après l'avoir mis sur des charbons ardens, je me hâtai de préparer du tritoxide de fer hydraté: en moins d'une heure, j'en avais obtenu douze onces. Quoiqu'il exhalât une assez forte odeur ammoniacale, je retournai, sans plus perdre de temps, auprès des malades, et je leur en fis prendre à chacune environ deux onces, en quatre fois différentes, dans l'espace de vingt minutes; elles buvaient par dessus de l'eau sucrée. Les vomissemens cessèrent aussitôt, et ne reparurent qu'une heure après. Alors je leur en fis prendre une dose semblable, mais à des intervalles plus éloignés, et un lavement qui en contenait une demi once. A huit heures, le vomissement recommença avec coliques, ventre douloureux; quelques selles avaient eu lieu. Je leur en administrai encore un once à chacune, et une demi-once dans une second lavement émollient. Les vomissemens cessèrent de nouveau et pour tout à fait. Elles s'endormirent. La nuit fut bonne. Le 14, ventre un peu douloureux, fièvre légère, soif assez vive, pas de selles (lait coupé, demi-lavement). Journée bonne. Depuis ce temps, l'aînée ayant mangé plus qu'elle ne devait faire, a présenté quelques signes

d'irritation intestinale : soif, nausées, deux ou trois vomissemens, douleurs de ventre, fièvre légère, et une éruption de petites plaques rouges qui a duré trois jours. Le repos, la diète, les boissons délayantes ont dissipé ces accidens et la santé s'est rétablie. La plus jeune est tout de suite entrée en convalescence et n'a eu qu'une éruption semblable.

Enfin, une petite fille de neuf ans, Élisa Pron, a éprouvé les mêmes accidens à la suite d'un empoisonnement semblable : vomissemens, douleurs de ventre et des jambes, soif, accablement général, assoupissement, mais à un degré moins intense. La figure fut moins défaite, le pouls toujours assez fort. Elle prit deux onces et demie ou trois onces de tritoxide de fer dans l'espace de quatre heures, et les vomissemens cessèrent sous l'influence prolongée de ce remède. Elle fut moins malade que les autres enfans. Tous les accidens avaient disparu huit heures après l'invasion. »

Réflexions.

Il résulte des renseignemens que nous avons pris, que le gâteau destiné à servir de *mort aux rats*, avait été préparé depuis deux ans, et dans la proportion de trois cuillerées de farine, d'une cuillerée d'acide arsénieux, d'une pincée de cassonade brune et de l'eau. Or, la cuillerée de farine pèse une demi-once, et la cuillerée d'acide arsénieux pèse une once. En évaluant le poids de la cassonade et de l'eau à deux ou trois onces, la proportion de l'arsenic devait être dans le principe d'un cinquième ; par l'effet de la dessiccation elle a dû augmenter. Toutefois, elle serait encore énorme, et quelque petit que fût le morceau de gâteau mangé, deux gros environ, chacune des petites filles a dû prendre peut-être trente grains d'acide arsénieux, dose assez considérable pour occasioner des accidens formidables, et sans doute la mort. Dans les fragmens que nous avons vus, il était facile de reconnaître cette substance, sous la forme de petits grains blancs, solides, friables, quelques uns gros comme des grains de millet; une plus grande quantité était sans doute incorporée intimement avec la farine; la pesanteur de ces fragmens tendait à le faire croire.

Nous avons traité cette substance par l'eau de chaux, la solution de sulfate de cuivre ammoniacal, celle de nitrate d'argent, le gaz acide hydrosulfurique : nous avons eu les précipités blancs, vert de Schéele, jaune gris, jaune doré ; ce dernier, traité par l'ammoniaque liquide, a tout de suite été dissous, solution incolore et noircissant un peu ; sur les charbons ardens, l'odeur était alliacée; enfin, par la sublimation, nous avons reproduit l'arsenic métallique.

Ainsi, nul doute sur la réalité de ce poison. Nul doute sur la grande quantité que les enfans en ont avalée.

Les symptômes observés sont aussi ceux que développe la présence de cet acide dans les voies digestives.

D'un autre côté, pour préparer le tritoxide de fer hydraté, M. Majesté a introduit une once de limaille de fer avec quatre onces d'acide nitrique et quatre onces d'acide hydrochlorique dans un ballon de vaste capacité. On a chauffé doucement jusqu'à ce que la solution ait été complète. Alors, on a ajouté seize onces d'eau distillée froide; après quelques minutes, on a retiré du feu et versé dans le mélange deux ou trois onces d'ammoniaque liquide. Le précipité a eu lieu. On a rempli le ballon d'eau ordinaire, agité, lavé et filtré ; il y avait environ douze onces de tritoxide de fer hydraté. Une cuillerée à bouche de cette substance, qui se présentait sous forme de bouillie, pesait environ une once. Cette opération ne dura pas une heure. Elle fut sur-le-champ recommencée et donna encore douze onces de précipité.

Examinons son action :

Aucune des cinq jeunes filles n'a succombé.

L'acide arsénieux, qu'elles avaient pris, était-il en trop petite quantité pour causer la mort? Lss proportions de cette substance avec la farine et la quantité de gâteau qui a été mangée ne permettent pas d'admettre cette supposition.

Les vomissemens ont-ils expulsé l'acide arsénieux assez promptement et assez complétement pour l'empêcher d'être mortel? Une foule de cas de ce genre ont démontré que presque toujours la mort a été occasionée par une faible dose d'arsenic, même lorsque les vomissemens avaient été très-nombreux et susceptibles d'entraîner au dehors une grande partie du poison.

Est-ce donc le tritoxide de fer hydraté qui a neutralisé l'acide arsénieux, et par conséquent empêché ses effets funestes? Les expériences, faites sur les animaux vivans, sont d'accord avec cette opinion ; et si l'on considère que dans le cas qui nous occupe, cinq enfans, tous placés dans les mêmes circonstances, tous malades et traités de la même manière, ont tous été guéris complétement, on ne pourra s'empêcher d'admettre que cet heureux résultat ne soit dû à l'action d'un même remède pris à temps et à dose convenable. En effet, à l'instant où les premiers secours ont été administrés, trois heures s'étaient déjà écoulées. L'état général était fâcheux ; les vomissemens continuaient; l'agitation faisait place à l'assoupissement; quelques convulsions avaient lieu ; la face, les yeux annonçaient une affection grave. Une dose assez forte de poison avait donc été dissoute et absorbée. Il en restait sans doute encore à l'état solide, et qui, près de se dissoudre, eût aggravé les accidens de plus en plus. C'est alors que le tritoxide est administré. Aussitôt la scène change; les vomissemens diminuent d'abord, s'éloignent et cessent entièrement. Quelques selles ont lieu, les douleurs s'apaisent, la face se ranime, le pouls se relève, l'assoupissement devient du sommeil, l'état normal se rétablit peu à peu, et dès le lendemain, la santé est presque aussi bonne qu'auparavant. Les vomissemens et les selles avaient achevé d'entraîner au dehors le reste de l'acide arsénieux transformé en arsénite de fer insoluble et innocent. Ainsi, il est permis de croire qu'il n'y a pas eu simple coïncidence, mais plutôt ve-

gitable corrélation entre la cause et les effets obtenus; en d'autres termes, que le tritoxide de fer hydraté a réellement neutralisé l'acide arsénieux et lui a servi d'antidote.

En terminant, nous ferons remarquer le laps de temps qui s'était écoulé entre l'empoisonnement et l'administration du remède. Trois heures! c'était bien long; et cependant le succès a été complet. En outre, la dose du tritoxide a été considérable, de quatre ou six onces pour chaque enfant, et elle n'a pas développé le plus léger accident. Nous sommes donc autorisés à penser, que, quel que soit le temps écoulé depuis l'empoisonnement, il convient de recourir à l'antidote, et d'en gorger le malade, soit par la bouche, soit en lavemens, avec une entière sécurité, sans s'astreindre à des doses proportionnées, puisqu'on ne connaît pas la quantité d'arsenic qui reste dans l'estomac, mais en se laissant guider par les symptômes. Un autre avantage de cette substance, c'est qu'elle est presque sans saveur, et que les malades n'éprouvent aucune répugnance à l'avaler.

Bineau, D.-M. P.; A. Majesté, ph.
à Saumur.

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

OCTOBRE 1835.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Piorry.

Relevé général de la clinique pendant le mois d'août.

Le nombre des observations recueillies pendant la durée du mois d'août a été seulement de 20 dans la salle Saint-Landry, et de 15 à Saint-Joseph, en tout 35. Les autres malades qui ont été reçus dans le même temps n'offraient pas de symptômes assez graves pour qu'on conservât leur histoire.

Les seuls cas qui nous paraissent devoir être mentionnés sont les suivans :

139) 1 cas de polyhyperhémie légère (pléthore sanguine), guérison prompte par une saignée.

140) 1 — de bronchite avec expectoration de mucus épais et grisâtre. Ici l'abstinence des boissons ne diminua que de deux onces la quantité des crachats : mais chez cette malade les symptômes inflammatoires étaient plus marqués que chez les sujets des observations dans lesquelles la *diète sèche* avait si bien réussi.

141) 1 — d'hémo-pleurite chez un homme robuste âgé de 29 ans. Les symptômes généraux, le frisson et la fièvre, ont précédé l'invasion de la maladie locale. — 3 saignées, dont le sang est couenneux, — 3 vésicatoires, — guérison des symptômes en très-peu de jours.

142) 5 — de pneumopathie tuberculeuse (phthisie pulmonaire.)

143) 1 — d'entérite légère, promptement guérie par l'abstinence et par une médication adoucissante.

144) 3 — d'entérite typhohémique.

145) 1 — d'entéralgie saturnine (colique de plomb); le malade guérit promptement sous l'influence de lavemens purgatifs et de boissons adoucissantes. La matité observée ici dans les gros intestins, conduisit à employer les purgatifs par le rectum.

146) 1 — de cholihémie (ictère); l'histoire va bientôt en être mentionnée.

147) 1 — d'hypersplénotrophie (intumescence de la rate), — homme de 25 ans. — 5 ans avant, sous l'influence des miasmes marécageux en Italie, fièvre tierce. — La santé a continué depuis à être moins bonne. — Réapparition récente des accès. Ils se déclarent avec le type quotidien. — Rate, 7 pouces de haut en bas. — 15 grains de sulfate de quinine. Amertume de l'urine une demi-heure après la dernière prise du médicament. — Diminution d'un pouce dans le volume de la rate. — Le lendemain nouvelle dose de sulfate. — Amertume de l'urine. — Nouvelle diminution de la rate. — La fièvre cesse. — Le jour suivant la rate est réduite à quatre pouces. — Guérison. Sortie huit jours après l'entrée.

148) 1 cas de péritonite probable.

149) 1 — de dermite superficielle aiguë, produite par une écorchure au cuir chevelu, suite d'une chute sur le front. L'inflammation, partie de la peau du crâne, détermina un engorgement médiocre des paupières, et s'étendit au cou. Il y avait une légère matité dans le cœcum en rapport avec la présence des fécès. En deux jours, sous l'influence de deux saignées et de lavemens purgatifs, les accidens se dissipèrent.

150) 1 — d'hémo-dermite scarlatineuse (scarlatine) légère, à laquelle succéda une entérite typhohémique mortelle.

151) 1 — d'hémo-dermite varioleuse, dont il sera parlé dans le Bulletin de novembre.

152) 1 — de névralgie sciatique, remarquable sous le rapport de la coïncidence de l'œdème des femmes en couche. La malade est encore dans les salles.

153) 1 — de métralgie suivie d'accidens très-variés.

154) 1 — de tremblement épileptiforme traité avec succès par le sulfate de quinine. *Voy.* page 13.

155) 1 — d'hémo-arthrite fort grave et très-aiguë. Le mal fut enlevé en trente-six heures par quatre saignées très-fortes, par des boissons à hautes doses et par l'élévation des membres, pendant quelques jours. Le malade, d'ailleurs jeune (18 ans), resta pâle et affaibli. Quinze jours après son entrée, il était dans le meilleur état, lorsqu'il fut pris d'une hémo-dermite varioleuse, pour laquelle il était encore dans les salles le 23 septembre, et dont il sera parlé dans le Bulletin de novembre.

156) 12 autres cas, offrent trop peu d'intérêt pour être mentionnés en détail.

LOREAU.

CAS PARTICULIERS, RÉFLEXIONS.

157) *Hémo-pneumonite. Emploi des saignées locales lorsqu'une saignée générale n'est pas praticable. Guérison prompte.* (N° 104.) Poilvat, boulanger, 30 ans, prit, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, trois litres de vin; le lendemain il fut exposé, *lorsque le corps était en sueur, à un refroidissement subit :* presque à l'instant il toussa et cracha du sang vermeil; il éprouva un point de côté à gauche *suivi* de quelques frissons, et d'un sentiment de brisement dans les membres. Aucun traitement.

Le 26 juillet, voici ce qu'on observa : soif vive; foie de volume normal; cinq pouces d'un côté à l'autre; bruits cardiaques normaux; pouls à 90, fort; matité très-marquée dans presque toute la partie postérieure gauche du thorax; résistance au doigt; ronchus très-menu (râle crépitant) au niveau de la fosse sous-épineuse gauche. *Un peu de sonoréité en bas et à gauche près de la colonne vertébrale;* huit ou dix crachats couleur de rouille, demi-transparens, adhérens, visqueux, spumeux; toux forte : respiration très-accélérée.

On prescrit une saignée de deux livres le matin et réitérée le soir. Malheureusement on ne tira en tout que huit onces de sang. Looch blanc, tisane pectorale à haute dose.

Le lendemain l'état du malade était le même, c'est-à-dire des plus graves. La percussion trouvait cependant assez d'élasticité dans les poumons pour porter à croire qu'ils contenaient encore de l'air. Continuation du ronchus; peut-être un peu moins menu que la veille. La sueur coulait dans une abondance telle que l'épiderme semblait macéré par l'humidité. Le lendemain les élèves déclarent n'avoir pu pratiquer deux nouvelles saignées prescrites, parce que les veines étaient trop petites et trop peu apparentes. La matité avait envahi le côté droit, et l'état du malade était des plus fâcheux.

Quatre-vingts sangsues furent alors appliquées *en une seule fois* sur la poitrine; le sang coula en abondance, et on ne chercha pas à l'arrêter. Le soulagement fut instantané, et les forces furent conservées.

Le lendemain l'état du malade était le suivant : le pouls présentait 84 pulsations; le facies était meilleur; — respiration facile; — sonoréité en partie de retour; — ronchus très-menu sur des points où la veille la respiration était bronchique; la sueur avait cessé; le point de côté était dissipé.

Vingt sangsues furent appliquées sur le côté gauche. Dès le soir même un large vésicatoire fut placé sur le même point. Le jour suivant le son devint clair; les crachats cessèrent d'être rouillés, et le septième jour, à dater de l'entrée, tous les accidens étaient disparus, et le pouls ne présentait plus que 75 battemens par minute.

Cette observation nous paraît présenter de l'importance sous le rapport pratique. D'abord elle démontre tout le danger de l'expectation ou d'une médication bornée à l'abstinence et aux boissons, lorsqu'il s'agit d'une pneumonite. Pendant ce traitement inactif, le mal a empiré et a fini par envahir les deux poumons. Ensuite elle offre un exemple de ces cas assez rares, dans lesquels des saignées générales sont d'une exécution difficile. En général, lorsqu'il s'agit de phlegmasies aiguës du poumon lui-même, il est fort peu convenable d'appliquer seulement quelques sangsues sur les parois thoraciques. Réfléchissez un instant sur l'énorme quantité de sang qui, dans un temps donné, traverse les organes respiratoires, et voyez ce que vous feriez avec l'évacuation minime dont il s'agit. Ce n'est pas tant l'irritation qu'il s'agit ici de déplacer, que la circulation générale qu'il faut modifier par une large perte de liquides. Sous ce point de vue, l'emploi des saignées générales est infiniment préférable à celui des évacuations sanguines locales. Que si vous tenez à porter l'irritation vers la peau du thorax, appliquez un vésicatoire sur elle après la saignée : mais combattez d'abord largement l'état hyperhémique des poumons.

Il est cependant des cas nombreux où l'on ne peut saigner au bras : tel est celui où la veine médiane est la seule qu'on puisse saigner, et où elle est accolée à l'artère brachiale. Or, dans ce cas, il ne faut jamais compter sur l'habitude qu'on peut avoir, ni sur son adresse; le moindre mouvement du malade pourrait déjouer ces illusions de l'amour-propre, et compromettre l'artère. Cette règle pratique est trop souvent négligée, et on ne peut trop la rappeler. Dans ce cas, comme dans ceux où les veines du bras ne sont pas apparentes, on peut saigner les veines des jambes ou la jugulaire externe, et celle-ci de préférence à d'autres. La jugulaire externe fournit en effet plus de sang dans un temps donné, et sa saignée est tout-à-fait innocente chez l'homme comme chez les animaux. Si l'on se décide à appliquer des sangsues, on en mettrait un grand nombre à la fois, et on ferait surveiller en même temps l'écoulement du sang, dans la crainte d'une hémorrhagie, qui quelquefois est alors fort dangereuse.

Le cas précédent a encore été remarquable sous un autre point de vue, c'est qu'on a reconnu par la percussion et à la partie déclive du thorax du côté gauche, une lame de poumon qui a éloigné l'idée de l'existence d'un épanchement pleurétique. Celui-ci, en effet, dans le cas d'hydro-pleurite, eût donné lieu sur ce point à une matité considérable, tandis qu'on y trouvait une sonoréité manifeste.

Hyperhépatotrophie (hypertrophie du foie); cholihémie (ictère); traitement rationnel et curatif. — Ringuey, robuste, âgé de 20 ans, peintre en bâtimens; n'a pas été malade depuis dix ans. Il éprouva au 1er août des douleurs à l'épigastre. Il avait eu des chagrins, ce qui paraissait pour quelques personnes qui assistaient à l'interrogation, pouvoir expliquer la jaunisse que le malade présentait; mais en questionnant mieux, on apprit que ces chagrins avaient eu lieu un mois

avant que l'ictère ne se fût déclaré, et que les accidens gastro-intestinaux avaient précédé la teinte jaune de quatre jours. Le blanc de l'œil et l'urine avaient offert, dès le 5 août, une teinte jaune foncée; il n'y a eu ni dévoiement ni vomissemens.

Les enduits de la langue sont grisâtres, la peau est de couleur d'ocre; le cœcum présente une matité remarquable dans une hauteur de 4 pouces et dans la largeur de quatre doigts; le colon ascendant n'est pas non plus sonore; les intestins grêles contiennent des gaz et sont élastiques. Le foie présente huit pouces et demi sur le côté, sept pouces et demi sous le mamelon, six pouces sur la ligne médiane, et s'étend à cinq pouces à gauche de cette ligne. La vésicule est distendue et reconnaissable à une matité moindre que celle du foie. Le cœur est porté en haut vers le sternum; les poumons sont exempts de toute lésion.

On prescrit la tisane de chiendent nitrée à haute dose pour remédier à l'altération du sang, les lavemens purgatifs pour évacuer les matières contenues dans les gros intestins; deux saignées pour remédier au développement anormal du foie. *On fait garder la salive, pour constater si le lendemain elle aura ou non une teinte jaune.*

Les saignées évacuent 24 onces de sang; cinq selles de couleur grisâtre suivent l'emploi du lavement purgatif; le foie a diminué le lendemain de deux lignes par en haut; mais à gauche cette diminution est plus marquée, et permet de limiter le foie d'avec la rate, ce qui la veille ne pouvait pas être fait. La vésicule est évidemment portée de quatre lignes à droite plus que le jour précédent, et le lieu seul qu'elle occupe est douloureux; *la salive est claire, transparente, sans teinte jaune*, et présente un sédiment grisâtre, tandis que le sérum du sang et l'urine sont très-jaunes.— On prescrit une nouvelle saignée, 2 onces de sulfate de soude, *des pressions continuées sur la vésicule* dans l'intention de vider celle-ci, et on ajoute aux quatre pots de boisson, 20 grains de bi-carbonate de soude.

Le 12, il y avait eu six selles de couleur jaunâtre; les frictions sur la vésicule avaient été bien exécutées. Le foie était diminué d'un pouce par en haut, de deux lignes en bas, et se rapprochait de la ligne médiane. La coloration jaune des tégumens et de l'urine était moins foncée. Le 13, la diminution du foie était encore de plus d'un pouce de haut en bas, et d'un pouce et demi en travers; le cœur présentait un abaissement de dix lignes. Le purgatif fut réitéré.— Le 14, le foie diminua encore; les selles continuèrent, et devinrent verdâtres, bientôt la jaunisse se dissipa, et le 17, le malade sortit de l'hôpital présentant un volume normal du foie, et un remarquable état de santé.

Cette observation présente un fait remarquable; *la non coloration en jaune de la salive* dans un cas de cholihémie (ictère); ce n'est pas la première fois que nous constatons ce fait. Il n'est donc pas surprenant que dans l'ictère les enduits de la langue ne soient pas jaunes. Lorsque ces enduits ont une teinte de cette couleur, et qu'il n'y a pas ictère, il n'en faut pas inférer qu'il y ait une disposition cholihémique (bile contenue dans le sang) du sujet. Cette considération est de quelque valeur dans le traitement des maladies dites bilieuses. Du reste l'observation de Ringuey est tout-à-fait propre à confirmer les propositions de notre article *Cholihémie*, (*Traité de médecine pratique*) auquel nous renvoyons le lecteur, pour de plus amples réflexions.

106) *Tremblement choréique, guérison prompte à la suite de l'emploi du sulfate de quinine.*— Simonin, robuste, âgé de 40 ans, polisseur en acier, restait souvent dans une cour où l'on travaillait au mercure, bien que lui-même n'employât pas ce métal. Sa mère est morte aliénée à la suite d'une couche; il y a dix mois que sa femme le quitta; il éprouva une vive terreur quinze jours après, et fut battu par l'homme avec lequel sa femme vivait. Aucun coup ne fut grave, et aucun d'eux ne porta sur la tête. C'est le surlendemain de l'impression morale dont il vient d'être fait mention, qu'il ressentit la première attaque des accès dont il va être parlé. Il resta depuis sans tremblement pendant quinze jours; puis l'accès reparut et dura deux jours; l'intervalle entre les deux accès suivans fut plus court, de telle sorte que lors de l'entrée à l'hôpital les accidens étaient continus. Il n'y a jamais eu mal de tête; on n'a point pratiqué de saignée, ni appliqué de sangsues, mais le malade a pris quelques bains.

Le 5 août, Simonin présentait l'état suivant: le faciès était tranquille, les lèvres remarquables par leur volume; la bouche paraissait déviée, mais cela était dû à l'absence de dents dans l'un des côtés de la mâchoire. Le front était un peu déprimé. Aucun symptôme de maladie n'était appréciable dans les organes nutritifs.

Tant que Simonin était au lit, il n'y avait aucun tremblement; mais aussitôt qu'il se levait et que la station avait lieu, il était atteint de mouvemens spasmodiques qui, commençant évidemment par les mollets et les cuisses, s'étendaient successivement à tout le tronc. Ces mouvemens consistaient en un tremblement involontaire. Celui-ci imitait complètement le mouvement d'une de ces marionnettes dont les bras et les jambes ne sont point fixés, et qu'on agite par la tige qui sert à les soutenir. Un seul pas de marche en avant arrêtait le tremblement, de sorte que le malade aurait pu peut-être se rendre maître de son mal, s'il avait changé volontairement de place aussitôt que l'accès commençait. Simonin buvait peu, quoiqu'il fût marchand de vin, mais il ne pouvait en supporter plus de deux litres dans un jour; rarement avait-il des tremblemens lorsqu'il était au lit.

Le 7 août, les élèves furent encore témoins d'une nouvelle crise. On donna 20 grains de sulfate de quinine, et le même jour, par une singulière coïncidence, MM. Brechet et Becquerel introduisirent, pour leurs expériences sur la chaleur animale, une aiguille dans les mollets de cet homme. Il y eut un tremblement nouveau pendant l'expérience, et un second *quelque temps après*. Celui-ci dura plus de deux heures, il y en eut même un très-fort lorsque le malade fut dans son lit.

Le lendemain on donna 30 grains de sulfate de quinine en deux fois. Le 9 il n'y eut qu'un léger accès. Le 11 la dose fut portée à 40 grains. Le 13, 30 grains de sulfate de quinine furent administrés, et le malade sortit le 17, n'ayant présenté depuis le 9 aucune nouvelle attaque de sa maladie.

Plus les faits se multiplient, et plus il nous paraît qu'un grand nombre de ces affections désignées sous le nom de névroses doivent être rapportées aux névralgies et traitées comme telles. Beaucoup d'entre elles paraissent même céder plus promptement à de hautes doses de sulfate de quinine que ne le font les névralgies.

Rappelons à ce sujet les observations consignées dans la Clinique médicale de la Pitié, page 297. Ajoutons un autre fait, qui vient de m'être adressé par M. le Dr Vivielle, chirurgien de l'hôpital de la Rochelle, qui guérit, ou du moins éloigna des accès de manie périodique, par l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses, une observation qui m'est commune avec ce médecin, et dans laquelle des accès périodiques, et qu'on ne put guère rapporter qu'à l'épilepsie, cédèrent encore à l'emploi du même moyen : deux autres cas, l'un d'hystérie épileptiforme, l'autre de chorée, observés l'année dernière dans les salles, et dans lesquels la même médication eut les résultats les plus évidens et les plus avantageux ; rappelons encore le sujet de l'observation du n° 65 de ce Bulletin, qui depuis n'a pas eu de nouveaux accès ; ajoutons-y quelques autres cas du même genre qui seront publiés plus tard et qu'il serait trop long de rapporter ici, et regardons comme positif qu'il n'est guère d'agent thérapeutique qui ait mieux réussi dans les névroses que le sulfate de quinine.

Bien entendu que dans ces affections comme dans toute autre, il n'y a pas de spécifique, ou de médication toujours la même ; bien entendu que tout traitement doit être ici modifié suivant les cas, suivant les complications, les âges, l'état de polybyperhémie (pléthore), ou de polyanhémie (anhémie générale) du sujet ; mais toujours est-il qu'on est tenté de dire, à l'occasion des affections nerveuses, caractérisées par des accès, ce qu'Ambroise Paré disait du séton : *Or, je ne puis assez vous louer les bons effets du sulfate de quinine.*

A quelle névrose devons-nous rapporter ce tremblement ? Certes, ce ne peut être à l'épilepsie, puisqu'il n'y avait pas perte de connaissance. Personne ne sera tenté de le considérer comme hystérique. Ce n'est pas là le *delirium tremens* des ivrognes ; ce n'est pas non plus une affection choréique véritable, puisque cette affection n'avait lieu que dans certaines positions du corps, et que les mouvemens volontaires étaient faciles, libres, et arrêtaient le tremblement. Celui-ci n'était probablement pas produit par le mercure, car il n'était pas continu. Qu'était-il donc en effet ? c'était une forme particulière de névrose, non décrite, parce qu'on ne peut tout décrire. Toutes nos divisions, toutes nos espèces, nos classifications sont arbitraires ; il y a tel phénomène rapporté à l'épilepsie qui est si éloigné d'une attaque extrême, que des analogies forcées peuvent seules les faire considérer comme analogues. On peut en dire autant d'une foule de phénomènes hystériques. En somme, on conçoit que les formes des affections périodiques ou non périodiques des nerfs peuvent être aussi variées que le sont ces nerfs, et que le sont les fonctions départies à ces organes.

Mais est-ce bien ici le sulfate de quinine qui a guéri ? D'abord la maladie n'a point été simulée, car Simonin avait le plus grand désir de sortir de l'hôpital, et le fit aussitôt qu'il put compter sur la disparition des accidens qu'il éprouvait. Ensuite aucun moyen actif autre que le sulfate de quinine ne fut employé, et la guérison eut lieu le jour même où la dose de ce sel fut élevée à trente grains.

Il est vrai qu'on employa l'acupuncture des muscles des mollets, et bien que ce ne fût pas dans un but thérapeutique, on pourrait peut-être supposer que cette expérience fut cause de la cessation des accidens. Cette manière de voir n'est pas admissible ; car il y eut encore des accès le jour même et le lendemain de celui où l'acupuncture fut pratiquée. Celle-ci, du reste, ne causa point de douleurs. D'ailleurs, dans les autres cas de névroses indiqués précédemment, où l'on avait fait prendre le sulfate de quinine, et où l'on n'avait point fait de semblable opération, la guérison ou une notable amélioration avait eu lieu. P. A. Piorry.

Service médical de M. le professeur Chomel.

Hystérie intermittente guérie par le sulfate de quinine à haute dose.

Une femme âgée de 23 ans, d'une constitution robuste, repasseuse depuis six mois à l'Hôtel-Dieu, et veilleuse depuis deux mois dans le même hôpital, eut, quelques jours après la cessation des règles, en voyant mourir une de ses amies, une frayeur vive avec perte subite de connaissance qui dura pendant deux heures. Elle éprouve une vive douleur à l'épigastre, à la tête, et une dyspnée très-forte. Depuis cinq jours ces symptômes persistent, et tous les jours, à la même heure, ses accès reviennent par une augmentation de la céphalalgie vers les trois heures de l'après-midi ; alors le délire survient, la chaleur s'élève, la malade s'agite au point qu'il faut lui mettre la camisole ; l'accès dure pendant une heure et demie, le sommeil est plus court et plus agité qu'il ne l'était avant les accès, le pouls donne 70 pulsations. Traitement, 12 grains de sulfate de quinine dans une potion gommeuse, tisane émolliente, la malade dit avoir éprouvé le même accès que les jours précédens : il paraîtrait, d'après la garde, qu'il était moins violent ; on ordonna le sulfate de quinine à la dose de 20 grains.

L'accès a disparu, les convulsions n'ont pas eu lieu, la nuit a été calme, la malade se sent mieux. Le len-

demain des coliques sans diarrhée surviennent, on donne une potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium, puis un demi-lavement laudanisé, tous les symptômes observés précédemment ont entièrement disparu ; la malade se trouve dans des conditions très-favorables, et quitte l'hôpital quelques jours après.

Réflexions. Cette observation nous paraît très-intéressante sous plusieurs points.

1° Elle offre un exemple d'hystérie dont la cause nous est parfaitement connue, puisque la malade n'avait jamais éprouvé avant cette frayeur d'attaques hystériques, ou d'autres affections qui puissent faire croire à cette maladie.

2° Elle nous fait connaître les bons résultats qu'on peut obtenir du sulfate de quinine dans les affections nerveuses quand il y a de la périodicité. Nous avons consigné dans le Bulletin clinique des faits qui prouvent l'efficacité de ce médicament lorsqu'il est employé à haute dose. Deux malades, atteints de névralgie sus-orbitaire intermittente, ont été guéris par le sulfate de quinine. Il s'y trouve aussi consigné un cas de névralgie optique donnant lieu à des symptômes d'épilepsie. M. Piorry a donné le sulfate de quinine à la dose de 40 grains dans les vingt-quatre heures chez ce malade, qui, durant quelques jours, a pris 175 grains de ce médicament sans en avoir éprouvé la moindre incommodité.

Ce cas d'hystérie est donc très-important, en ce qu'il nous démontre de nouveau l'action prompte du sulfate de quinine dans une maladie si souvent rebelle à une foule de médicamens. De plus, nous voyons qu'il peut être employé à des doses fortes sans le moindre danger. Les coliques qui sont survenues chez cette malade, doivent être attribuées à la grande excitabilité du système nerveux et à l'apparition des règles, puisque ces symptômes ont disparu aussitôt après la cessation des menstrues.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Leçon de M. le professeur VELPEAU, recueillie par M. DUFRESSE.

Du trombus des grandes lèvres.

Le 7 juillet 1835, est entrée une femme de 23 ans, cuisinière, forte et bien constituée. Cette femme est accouchée heureusement, il y a 6 mois. Il y a deux jours, qu'en se tournant, elle est tombée sur un baquet, dont le bord saillant et inégal a frotté contre la grande lèvre droite des parties externes de la génération. Il en est résulté une plaie contuse qui comprend toute l'épaisseur des tégumens, et qui siége vers la partie postérieure. Elle a donné issue à beaucoup de sang. L'hémorrhagie s'est arrêtée, et une tumeur volumineuse s'est développée dans la grande lèvre droite. Cette tumeur a été très-douloureuse. La malade n'a pu goûter le sommeil. Le lendemain, la douleur a diminué, sans avoir entièrement disparu. Avant d'être incisée, la tumeur était sensible à la pression, même légère : elle n'a déterminé de réaction, ni sur le système circulatoire, ni sur le système nerveux. Elle représentait, à la droite de la vulve, une masse grosse comme la tête d'un fœtus. Elle était disposée de manière que la grande lèvre droite était soulevée, fermait l'entrée du vagin, cachait les grandes et petites lèvres gauches, s'étendait dans le vagin, dans l'étendue de deux pouces, de sorte qu'il fallait y introduire le doigt indicateur assez avant pour la circonscrire ; elle était saillante à l'extérieur, violacée en dedans, moins en dehors, sensible à la pression, présentant, comme je l'ai indiqué plus haut, en arrière et en dedans seulement, une plaie contuse, et circonscrite entre le mont de Vénus, le périnée, la cuisse droite et le vagin, alongée surtout de haut en bas, et d'avant en arrière.

Les tumeurs qui peuvent se développer dans cette partie sont nombreuses :

1° Les hernies intestinales, dites vulvaires, qui peuvent sortir par le périnée et le vagin, surviennent ordinairement à la suite d'efforts, et non à la suite de chutes. La tumeur qu'elles forment n'est pas livide ; elle est douloureuse, mais la douleur n'est pas la même que dans celle-ci ; elle est molle sans être pâteuse, et donne lieu à des coliques ; ici, il y a empâtement sans coliques.

2° Les renversemens de la matrice et du vagin, donnent lieu à des tumeurs de couleur foncée, moins livides que celles-ci, elles peuvent être reconnues par le toucher, et les antécédens les font distinguer facilement.

3° Les abcès et les phlegmons exigent, pour se développer, plusieurs jours ; cette tumeur s'est développée en quelques heures ; ils sont rouges.

4° Les infiltrations séreuses n'arrivent pas brusquement ; elles présentent une teinte blanche.

5° Les kystes, les lipômes, les cancers, etc., exigent, pour se développer, des mois, des années.

Puisque cette tumeur ne peut appartenir à aucune des espèces citées, il faut que ce soit un trombus, ou épanchement de sang dans la grande lèvre. Depuis quelques années, cette espèce de tumeur a donné lieu à plusieurs écrits. C'est une maladie peu connue ; elle est intéressante, en ce sens qu'on l'observe chez les femmes, non-seulement hors l'état de gestation, mais encore dans l'état de grossesse, et immédiatement après l'accouchement. On l'observe aussi chez les jeunes filles. Déjà depuis trois mois, nous en avons eu ici deux exemples, l'un chez une grosse fille qui la portait depuis deux ans. Ce cas fait le troisième.

Elles arrivent ordinairement à la suite de coups, de chutes, souvent à la suite d'un coït immodéré, comme chez cette grosse fille. J'en ai observé un exemple pareil à la Pitié, chez une fille à peine pubère, âgée de 16 ans. Cette fille prétendait avoir été violée ; elle était déjà fille publique ; et son trombus était le résultat des frottemens du coït. Elle arrive aussi à la suite de la rupture de vaisseaux variqueux.

Quelquefois les femmes, retenues par une crainte facile à comprendre, n'en disent rien ; alors au bout d'un certain temps, la matière colorante du sang se résorbe seule, ou bien sa partie la plus fluide se résorbe aussi. Dans le premier cas, la tumeur ne contient plus qu'une matière gélatineuse ; et dans le deuxième, une matière fibreuse, blanchâtre, formant un noyau dur, qui se résorbe quelquefois, et qui, le plus souvent, donne lieu à un abcès, par l'irritation qu'il détermine dans les parties environnantes, comme cela est arrivé chez la grosse fille qui avait eu un trombus deux ans avant.

J'en ai vu au moins trente cas ; ce n'est pas précisément dans les salles d'accouchement qu'on les rencontre le plus souvent, mais chez les femmes enceintes, et après l'accouchement. M. Deneux, qui a rassemblé, dans un mémoire sur ce sujet, la plupart des cas alors connus, me reprochait d'en avoir observé 7 exemples, tandis que dans une longue pratique des accouchemens, lui n'en avait observé que 3, et Mme Lachapelle, 2.

Ce qui fait que les chirurgiens n'ont rien dit de cette maladie, c'est qu'elle a été confondue avec d'autres, parce que le changement qui s'opère dans son intérieur, par la résorption de la matière colorante et de la sérosité du sang, la dénature, et la fait paraître tantôt sous la forme d'une tumeur dure et indolente, tantôt sous celle d'un abcès, contenant dans son intérieur un caillot fibrineux.

Quoi qu'il en soit, cette tumeur se montre aux grandes lèvres ; c'est là son siége de prédilection ; elle peut cependant se renconter ailleurs, mais plus rarement ; ainsi, au mont de Vénus, j'en ai observé un cas dans le trajet du canal inguinal. Elle peut se montrer au périnée, et dans le vagin ; le plus souvent elle siége dans une seule des grandes lèvres ; quelquefois elle les occupe toutes les deux. On a dit que la grande lèvre droite en était plus souvent affectée que la gauche ; cela est vrai ; cependant on la rencontre assez souvent à gauche ; pour ma part j'en ai observé 6 cas. Il n'y a pas de raison, en effet, pour qu'elle occupe la lèvre droite, si la lèvre gauche a été le siége de la contusion.

Le mécanisme de la formation de ces tumeurs est si simple, que je m'étonne que Hunter, et d'autres chirurgiens qui ont observé, aient discuté si longuement sur ce mécanisme. Il est exactement le même que celui de la contusion ou des dépôts sanguins. En général, c'est dans cette catégorie que je l'ai rangée dans mon traité des contusions, et dans la dernière édition de mon livre d'accouchemens. C'est donc une maladie causée par la rupture des vaisseaux, et par l'épanchement du sang dans les tissus où rampent les vaisseaux. La rupture de ces vaisseaux survient par l'action de tout corps contondant sur les parties, ou par le frottement longtemps prolongé d'un corps dur. Ainsi, qu'un corps anguleux ait frotté les parties, elle pourra survenir, comme sous l'influence du coït, de l'accouchement, de l'application du forceps ; elle peut encore survenir sans causes connues, autres que la fatigue ; des varices très-développées peuvent se déchirer spontanément, et donner lieu à une extravasation de sang. Ce mécanisme me paraît très-simple ; il suffit qu'une ou plusieurs veines se rompent, pour que la chose arrive. D'après cette explication, qui me semble la seule bonne, l'anatomie va nous apprendre pourquoi le trombus est plus fréquent aux grandes lèvres qu'aux autres parties du corps. Dans les grandes lèvres, en effet, il existe une grande quantité de veines. Le lacis, déjà très-développé chez les jeunes filles, l'est même plus chez les femmes qui sont enceintes, qui viennent d'accoucher, et qui ont eu des enfans. Chez les femmes enceintes, l'enfant presse de haut en bas, et le sang remonte ; il s'accumule donc dans les vaisseaux où il est retenu. De plus, le tissu cellulaire des grandes lèvres est dense, serré, formé par des lamelles cellulo-fibreuses, entrecroisées en tout sens ; par conséquent, le sang qui s'accumule dans les vaisseaux dont il est pourvu ne peut se répandre et fuser au loin ; il est obligé d'y rester, et de les distendre à un degré plus grand qu'ils ne peuvent le supporter, alors ils se rompent, et le sang s'extravase. Les points où le tissu cellulaire est le plus dense, après les grandes lèvres, sont au pubis, puis au périnée ; aussi les trombus sont-ils plus fréquens au pubis qu'au périnée et là qu'aux autres parties.

La marche de ces tumeurs est rarement dangereuse ; elle est plus effrayante que grave. Je dis qu'elle est rarement dangereuse ; elle peut l'être cependant dans quelques cas. Deux femmes, en effet, ont succombé à une hémorrhagie, suite du trombus. Mais cette proportion est si faible, sur 100 ou 150 cas de trombus connus, qu'on peut, en réalité, regarder cette maladie comme peu dangereuse.

Abandonnée à elle-même, il est rare que la tumeur s'ouvre spontanément ; assez souvent elle se résout ; le plus souvent elle dégénère ; ainsi, elle s'échauffe, et se transforme en abcès ; ou bien, comme nous l'avons indiqué plus haut, la matière colorante du sang se résorbe seule, et la tumeur devient gélatineuse, ou bien la sérosité se résorbe en même temps, et la tumeur devient fibrineuse, stéatomateuse, etc. Je suis bien convaincu qu'un grand nombre de tumeurs des grandes lèvres, décrites comme des maladies différentes, n'ont été, dans le principe, que des trombus.

Quant au traitement, la meilleure thérapeutique que l'on puisse mettre en usage, est de les inciser, comme je viens de le faire tout à l'heure devant vous pour le cas qui est soumis à votre observation. Il y a, à l'égard du moment où cette incision doit être faite, un point à discuter : c'est de savoir s'il faut agir immédiatement, ou bien si l'on doit attendre 24 ou 48 heures ; il y a des raisons pour et contre. Ainsi, il est prudent d'attendre, parce que si le trombus est le résultat de la rupture d'une artère, de l'artère honteuse par exemple, en ouvrant promptement, il peut survenir une hémorrhagie foudroyante qui peut faire périr les malades, comme cela est arrivé dans deux cas ; tandis qu'en attendant 24 ou 48 heures, les caillots sanguins ont comprimé l'artère, ont bouché son ouverture, et il n'y a plus de crainte de l'hémorrhagie.

Cependant il peut être quelquefois dangereux d'attendre, et cela dans le cas où la tumeur est devenue subitement très-volumineuse, car les tissus sont alors tellement distendus, qu'ils peuvent se mortifier et se rompre; la douleur peut être tellement vive, qu'il n'y ait que l'écoulement des matières contenues qui puisse la faire cesser. Mais c'est précisément dans ce cas où l'ouverture serait le plus nécessaire, que la tumeur peut être formée par la rupture d'une artère, et son ouverture être suivie d'hémorrhagie. Outre cela, en attendant, le sang se coagule, s'infiltre, se combine avec les tissus, donne lieu à une douleur et à une réaction vives. Il vaut donc mieux, selon moi, ouvrir promptement et largement pour enlever tous les caillots, d'autant plus que l'hémorrhagie est très-rare. Dans les cas que j'ai rencontrés, j'ai toujours ouvert promptement et largement, et je n'ai jamais vu survenir d'hémorrhagie. D'ailleurs, si elle survenait, comme les parties sont à nu, et visibles, le vaisseau pourrait être lié; on pourrait, au moins, tamponner, et même cautériser.

Quelques personnes, toujours dans la crainte d'hémorrhagies, ont conseillé d'attendre ou de faire une ponction avec le trois-quarts; mais, en attendant, le sang sera coagulé, et dès lors, les caillots sanguins ne pourront traverser la canule; cette opération serait donc inutile.

D'autres ont proposé l'emploi de la potasse caustique. Ce moyen ne vaut pas la peine d'être réfuté.

Enfin, en l'abandonnant à lui-même, nous savons que le trombus met toujours plusieurs mois à se terminer, et que, le plus souvent, il se transforme en abcès, en caillots fibrineux durs. Une fois que la poche est débarrassée par l'incision des caillots qu'elle contient, et qu'elle est bien détergée, on la remplit de boulettes de charpie molle, la suppuration s'en empare, et la guérison s'opère, comme dans les abcès.

Quant à l'incision elle-même, doit-elle être faite à la partie interne ou à la partie externe de la grande lèvre? Les uns pensent qu'elle doit être pratiquée en dehors, parce qu'en dedans les membranes sont amincies, le tissu cellulaire détruit, la gangrène survient, ou le recollement ne peut s'opérer, et il en résulte des abcès fistuleux consécutifs. En dehors, au contraire, les tissus sont épais, vivaces, se recollent facilement, et la guérison est prompte, sans accidens consécutifs. Quant à moi, je ne suis pas très-convaincu des dangers qu'il y a à faire l'incision à la partie interne, pas plus que de la prompte guérison de la maladie, lorsqu'on la fait à la partie externe; car sur 20 cas que j'ai opérés en dedans, ils ont tous guéri sans fistule. En dehors, au contraire, les lèvres de l'incision se recollent facilement, mais ce recollement ne se fait pas dans le fond de la poche, qui sécrète un nouveau pus qui cherche à se frayer une route au dehors, ce qui alonge la maladie et nécessite une nouvelle ouverture, si on ne veut voir une fistule s'établir, jusqu'à ce que le fond de la poche soit recollé.

Pour le pronostic, il faut être prévenu que les tissus contus doivent être éliminés, ce qui exige dix à douze jours, et que la cicatrisation ne commence qu'après cette élimination.

Lorsque le foyer est très-large, le sang, en contact avec l'air, change de nature, se détériore; il peut survenir de la fièvre, des symptômes de résorption qui doivent être combattus énergiquement par les saignées générales, les injections émollientes et détersives dans la poche, les applications antiseptiques et désinfectantes sur la tumeur, et par les boissons de même nature à l'intérieur.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

OCTOBRE 1835.

Allocution de Samuel Hahnemann, prononcée à l'ouverture de la session parisienne de la Société homœopathique gallicane, le 15 septembre 1835.

Je suis venu en France pour la propogation de l'homœopathie, et je me sens heureux de me trouver au milieu de vous.

Au nom de tous les homœopathes, je remercie le gouvernement français de la liberté qu'il accorde à nos réunions et à nos travaux. J'espère que bientôt des faits plus nombreux lui prouveront l'excellence de notre art, et qu'alors il nous accordera les moyens de l'exercer convenablement pour le plus grand bien de l'humanité.

Dans un écrit qui paraîtra bientôt, je parlerai au public de l'homœopathie, que la malveillance et quelques erreurs lui ont fait imparfaitement connaître. Je lui dirai ce que doit être un homœopathiste et quelles vertus il doit apporter dans la pratique d'un art aussi bienfaisant.

Je ne reconnais pour disciples que ceux qui pratiquent l'homœopathie pure, et dont la médication est absolument exempte de tout mélange avec les moyens employés jusqu'ici par l'ancienne médecine. Au nom de ma vieille expérience, j'engage le public à ne donner sa confiance qu'aux zélés sectateurs de ma doctrine qui auront entièrement renoncé à cette médecine homicide. Ma longue et heureuse pratique, attestée par mes journaux, dont j'offre la communication, prouve que l'homœopathie *pure* exercée par ceux qui l'ont étudiée profondément et qui la savent exactement, suffit seule à tous les besoins de l'humanité souffrante.

Je remercie la Société gallicane de ses travaux. Je vois avec grand plaisir au milieu d'elle des hommes laborieux et zélés qui continueront ce qu'ils ont si heureusement commencé. Je suis vivement touché des preuves d'attachement que j'ai reçues de tous les membres qui la composent. Je m'unis au zèle qui les anime, et je seconderai leurs efforts pour la propagation de notre art divin; car l'âge, qui n'a point ralenti sa marche, n'a pas non plus réfroidi mon cœur, ni affaibli ma pensée, et l'homœopathie sera toujours un culte pour moi.

Quant à la Société de Paris, si l'on a pu jusqu'ici, sauf quelques exceptions que je me plais à reconnaître, trouver qu'elle laissait à désirer une instruction plus approfondie de notre art, la faute en est sans doute à la nouveauté de l'apparition de l'homœopathie à Paris. En exhortant Messieurs les membres de cette Société à un redoublement indispensable d'étude, je leur ferai observer, ainsi qu'à vous tous, Messieurs, que lorsqu'il s'agit d'un art sauveur de la vie, *négliger d'apprendre est un crime.* Aussi suis-je convaincu que ce reproche ne vous sera plus adressé; car, animés comme vous l'êtes de l'amour de l'humanité, vous ne négligerez rien pour atteindre le but que nous nous proposons, et auquel vous parviendrez certainement si, comme je le souhaite vivement, vous restez unis de cœur et de doctrine.

Et vous, studieuse jeunesse française, vous que les vieilles erreurs n'ont pas encore pu atteindre, et qui dans vos veilles laborieuses ne cherchez que la vérité, venez à moi! car je vous l'apporte cette vérité tant cherchée, cette révélation divine d'un principe de la nature éternelle. C'est aux faits existans que j'en appelle pour vous convaincre; mais ces faits, n'essayez de les accomplir vous-mêmes que lorsqu'une étude consciencieuse et complète en assurera le succès; alors, comme moi, vous bénirez la Providence de l'immense bienfait qu'elle a fait descendre sur la terre par mon humble entremise, car je n'ai été qu'un faible instrument de sa puissance devant laquelle tout doit s'humilier.

Observations homœopathiques, par le docteur Perrussel.

Première observation.

Anévrisme de l'artère thyroïdienne inférieure, guérie par le *soufre*, la *pulsatille* et le *lycopode*.

Mme Chantre, âgée de 40 ans, toujours bien réglée, n'ayant jamais été malade, brune et d'une constitution forte mais maigre, ayant eu la gale, se plaint d'une grosseur placée à la partie latérale droite du cou au niveau de la région thyroïdienne, de battemens très-forts, isochrones à ceux du pouls et augmentant par le mouvement et l'action de monter. Cette grosseur augmente ainsi que les battemens à l'époque de chaque menstruation. Tous les autres médecins consultés n'avaient rien pu obtenir, malgré les saignées fréquentes et les frictions iodurées; pas d'autre symptôme et d'indisposition. Consulté le 12 janvier, j'ai donné deux

doses de *soufre* de deux globules chaque, 30e dilution, pour être prises dans la quinzaine.

Le 30 : mieux ; les battemens ont diminué, ne fatiguent pas ; donné *saccharum*.

Le 5 février : elle est un peu fatiguée, les symptômes ont augmenté, et le malade éprouve, comme dans les premiers jours, un resserrement, une démangeaison cuisante dans le gosier, produits par la tumeur (probablement l'action du *soufre* avait été détruite par quelque imprudence). Je donnai *sulfur.* gttes ij dans quatre onces d'eau à prendre en quatre jours.

Le 17 : la malade va mieux, mais sans changement appréciable, tourmenté pour que je lui remisse quelque chose, et doutant de l'efficacité du *soufre*, je donnai puls. 000/18

Le 30 : les battemens ont disparu entièrement, les nuits sont tranquilles ; reste encore de la cuisson au gosier avec une grande démangeaison ; je donnai *lycopod.* 000/24.

Depuis lors, la guérison a paru complète et ne s'est plus démentie.

On reconnaîtra dans cette observation le défaut d'expérience du médecin ; j'ai eu tort de répéter les médicamens et de les multiplier autant.

Je traite aujourd'hui une maladie presque semblable, et je me propose bien d'être plus avare de médicamens.

Seconde observation.

Métrorrhagie interne foudroyante provoquée par le *seigle ergoté* à doses allopathiques, guérie par la *sabine*.

Le 9 mars dernier, je fus appelé auprès de la dame Mignot, 36 ans, qui, après de violentes coliques, venait d'avorter d'un fœtus de 4 mois ; je trouvai la malade dans l'état suivant : prostration physique et morale, pouls déprimé, ventre douloureux, absence de contractions utérines, le placenta n'avait pas été rendu et le cordon avait été coupé. J'allai de suite à la recherche de l'arrière-faix, mais la dilatation du col n'était pas assez grande pour permettre seulement l'introduction de mon index ; voulant aider la nature dans l'expulsion du placenta, j'employai un moyen qui est d'un usage vulgaire en pareil cas, je donnai 20 grains de poudre de *seigle ergoté*. Le soir, rien de nouveau, mais aussi rien de fâcheux dans l'état de la malade.

Pendant la nuit, je fus appelé ; des coliques, des crampes très-fortes étaient survenues avec une intensité foudroyante ; une hémorrhagie abondante s'était manifestée, des caillots énormes étaient rendus, et il me fut impossible de reconnaître parmi eux rien qui ressemblât à la texture organique du placenta ; l'hémorrhagie continuait toujours, et je pus remarquer les symptômes du *secale*. Je fis aussitôt prendre à la malade l'antidote, quelques globules de *camphre*, puis du *solan. nigr.* ; aucun d'eux ne réussit ; les crampes des doigts, des pieds, des cuisses, les douleurs utérines, la perte rouge, tout continuait avec une intensité qui m'effraya : reconnaissant alors mon impuissance, je fis appeler le Dr Dessaix, qui, comme moi, fut effrayé d'un pareil cas. Nous fîmes flairer un morceau de *camphre* et donnâmes *nux*, 00/24 ; demi-heure après, même état, pouls nul, face terreuse, froid général, danger de mort très-imminent ; nous donnâmes alors la sabine 000/12 sur la langue et en laissâmes trois ou quatre globules dans un verre à prendre par cuillerées à bouche. Après quoi nous nous retirâmes, priant le mari et tous les assistans de nous prévenir de la mort que nous regardions comme certaine. Il était 8 heures du matin : sur les deux heures, le mari vint tout rayonnant de joie m'annoncer que sa femme allait mieux, qu'elle avait dormi au moins deux heures, et que la perte s'était arrêtée à peu près à midi.

Plus heureux que le mari de cette guérison, je me dirigeai de suite vers la malade, et m'assurai de l'état nouveau qui était survenu ; je laissai agir *sabina*, je recommandai plus que jamais la privation de tout ce qui pouvait nuire à la malade dont je ne craignis pas alors d'assurer la guérison. Le soir, l'amélioration s'était continuée, le pouls était un peu relevé et la malade encore faible ; en soulevant les couvertures pour toucher le ventre, je sentis une odeur de gangrène qui me frappa, et je me hâtai d'en chercher la cause ; des caillots nombreux et putréfiés, de couleur charbonnée, furent sortis du vagin sans que l'hémorrhagie reparut ; craignant que la matrice n'en renfermât quelques-uns, je donnai pour la nuit *kina* 000/12.

Le lendemain, troisième jour, la malade va mieux.... L'odeur de gangrène existe toujours.... Des injections d'eau tiède sont faites dans le vagin et la matrice. Je continue *kina* et un bouillon de bœuf.

Le quatrième jour, sortie du placenta de la grosseur des deux points et de consistance dure et sèche, absolument comme s'il eut déjà trempé dans l'alcool. *Kina* et bouillon.

Le cinquième jour... l'amélioration se continue, les forces reviennent. Le sixième jour, même état. Le septième, guérison presque complète.

On demandera peut-être pourquoi j'avais donné *nux* dans une pareille complication de symptômes ; je ne l'ai fait que pour combattre les crampes convulsives des doigts, des membres supérieurs et inférieurs que je croyais pouvoir détruire par ce médicament.

Troisième observation.

Métrorrhagie, suite d'avortement, guérie par la *sabine*.

Mme Cl. Liard, âgée de 26 ans, par suite d'imprudence, est prise, le premier mai, de grandes coliques, avec tranchées utérines, suivies d'une hémorrhagie très-abondante et de l'expulsion d'un fœtus d'un mois et demi à peu près. — Appelé près d'elle une heure après, je trouvai la malade faible, déjà froide et effrayée de la quantité de sang qu'elle avait perdu et perdait encore.... Je donnai de suite 000/24 de *sabine*, et en laissai six globules dans un peu d'eau pour prendre plus tard ; pour boisson, eau sucrée.

Le soir, amélioration sensible ; la perte est presque nulle.

Le lendemain 2 mai, même état.

Le 3 : la perte est entièrement arrêtée et les lochies n'ont pas encore paru. J'attribue cet effet à l'action de la *sabine*, et pour le détruire je donne *ignatia* 00/18.

Le 4 : les lochies ont commencé à couler pendant la nuit.

Le 5 : la guérison marche rapidement ; la malade prend des potages.

Le 6 : la convalescence s'établit d'une manière bien franche.

Nota. Cette malade, qui avait eu déjà deux couches, me dit avoir souffert beaucoup alors, et ne s'être jamais trouvée aussi bien que cette fois-ci.

Après les accouchemens, la *pulsatille* me réussit toujours très-bien pour combattre la sécrétion laiteuse ; elle la tarit rapidement, au point qu'il serait impossible de la rappeler ; les lochies augmentent un peu.

Quatrième observation.

Fièvre inflammatoire avec congestion cérébrale, guérie dans une nuit, par *aconit* et *arnica*.

Le 15 juin, le nommé Pierre Chapin, marchand coquetier, âgé de 28 ans, fort et robuste, après une journée de travail et un repas copieux, fut pris sur les dix heures du soir d'une chaleur générale avec suffocation très-grande, de mouvemens convulsifs dans les membres et de violentes douleurs de tête. Appelé à minuit, je me rendis près du malade que je croyais frappé d'apoplexie, comme me le disait la personne qui vint me chercher ; je pris avec moi ma boîte homœopathique et ma lancette, bien décidé à n'employer la dernière que dans le cas où je ne pourrais pas faire autrement. Arrivé près du malade, je le trouvai la face rouge et vultueuse ; le pouls fort, plein et serré, la poitrine anxieuse, suffocante ; les yeux étonnés ; la peau brûlante et couverte d'une sueur abondante.

Je mets en fait qu'il n'y a pas un allopathe qui n'eût pratiqué une large saignée, et je vous assure que j'étais tenté de le faire ; mais ma confiance dans la puissance de la nouvelle doctrine me fit abandonner ce moyen ; j'administrai de suite 000/24, *aconit* et m'assis près du malade, en rassurant les assistans et promettant une guérison rapide ; dans bien des cas, j'ai senti que des paroles de consolation prononcées avec fermeté, produisaient le meilleur effet sur les malades qui toujours entendent leur médecin.

Au bout d'une heure, le malade se trouvait mieux ; le pouls était meilleur et plus naturel ; la respiration bien moins gênée et la douleur de tête supportable.

Je laissai dans un peu d'eau sucrée 000/24 *arnica* pour prendre dans le reste de la nuit.

Mais quelle ne fut pas ma surprise d'apprendre le lendemain, dans la même chambre où j'avais soigné le malade, qu'il allait si bien à trois heures du matin, qu'il avait pris à cinq heures le bateau à vapeur pour aller à Mâcon, et qu'il était en route.

Nota. Cette guérison est celle qui m'a le plus frappé !.. Sans doute par une saignée j'aurais pu réussir aussi ; mais jamais je n'aurais obtenu un succès si beau et si complet ; la perte de sang produite par la saignée eut nécessairement amené de la faiblesse, par suite une convalescence, et enfin un séjour de deux ou trois jours au lit.

EXTRAITS DU RÉAL-LEXICON.

(Suite.)

ANGINE LARYNGÉE, *laryngitis.*

Sous ce titre commun, nous comprenons l'inflammation de l'épiglotte, du larynx, de la trachée et des bronches.

L'*épiglottite* est la plus rare ; elle se reconnaît à la rougeur unie au gonflement de l'épiglotte, qui entraîne difficulté non-seulement d'avaler mais encore de respirer ; la parole devient douloureuse, la voix rauque, altérée, changée ; les malades souffrent en toussant. D'abord l'inflammation se montre aux amygdales ou au pharynx, et s'étend à l'épiglotte (et à la glotte), qui se gonfle quelquefois considérablement.

La *laryngite* attaque tantôt le larynx dans son ensemble, tantôt quelqu'une seulement des parties qui le composent. Le malade éprouve douleur et gêne à respirer et à parler, dans le lieu affecté. La déglutition devient douloureuse par le contact du bol alimentaire sur les parties atteintes ; il y excite de la toux, quelquefois même il y a engouement par le défaut d'occlusion exacte des cordes vocales. Les symptômes varient d'ailleurs beaucoup suivant le degré de gravité de la maladie ; tantôt le passage de l'air ne cause qu'une douleur de brûlure ; tantôt, dans les cas graves, il s'accompagne d'un râle qui amène une dyspnée plus ou moins pénible, avec angoisse, pouls petit et désordonné, congestion vers la tête et menace de suffocation. La voix est extraordinaire, rude, sifflante, creuse. Tous les mouvemens de larynx augmentent les douleurs, ainsi que l'attouchement. La toux, soit spontanée, soit excitée, est d'abord sèche, puis accompagnée de crachats sanguinolens, muqueux, purulens, membraneux, quelquefois légère, quelquefois violente et presque suffocante.

La circulation pulmonaire gênée, imparfaite, est suivie de l'abattement des forces ; il en résulte même des convulsions et un état comateux. La maladie est ordinairement liée à une fièvre plus ou moins violente qui le plus souvent offre des exacerbations nocturnes ; une sueur abondante inonde la face, et si la *laryngite* n'est pas promptement combattue par les moyens convenables, elle ne tarde pas à se terminer par la mort.

L'*angine trachéale* ou *trachéite* offre en masse les mêmes symptômes que la *laryngite ;* mais le larynx n'étant pas affecté, la déglutition est libre, la voix n'est pas sensiblement altérée, et les douleurs se font sentir plus profondément dans la poitrine ; la maladie peut se terminer par la mort, mais pas si rapidement que dans le cas précédent.

L'*angine bronchiale* ou *bronchite* se fait reconnaître par une douleur lancinante et brûlante sous le sternum, une toux sèche ou suivie de crachats sanguinolens ou muqueux, et, en général, les symptômes de la *pneumonie.* Dans la plupart des cas, les poumons mêmes sont malades, enflammés, et les symptômes de cette affection se joignent à ceux de la première.

Il n'est pas rare qu'à l'inflammation des organes respiratoires se joigne celle du pharynx ; ce qui constitue l'*angine complexe* et présente un mélange de symptômes.

Les phénomènes de cette classe d'*angines* sont beaucoup plus graves que ceux des *angines* pharyngiennes, en raison du danger de suffocation qui accompagne toujours les premières, et qui se manifeste au plus haut degré dans le *croup*, dont nous ferons un article séparé.

Les *angines respiratoires* ont le plus souvent un cours aigu ; elles durent rarement au delà de 7 jours, et peuvent emporter le malade en quelques heures ; ce qui a ordinairement lieu par suffocation, soit par la production d'une membrane, ou par l'épaississement de la muqueuse, soit par un spasme qui rétrécit le diamètre des canaux aériens, soit par une sorte de paralysie produite par la violence de l'inflammation. (Nous sommes peu disposé à admettre ces deux dernières causes de mort. *Note du Rédacteur.*)

La terminaison la plus ordinaire est par adoucissement, diminution des symptômes, et production de crachats, comme dans toutes les inflammations pulmonaires ; mais cette dernière peut acquérir un degré d'abondance qui fait passer la maladie à l'état de *phthisie.*

Quelquefois aussi l'inflammation passe à la *suppuration* et devient une vraie phthisie trachéale ; si l'abcès est circonscrit, la guérison peut en suivre l'ouverture naturelle. La raucité et même la perte de la voix, avec respiration anxieuse, déglutition pénible, brûlure aux parties affectées, et surtout fièvre, sont les signes de la *suppuration.*

Dans quelques cas rares, il peut se former des *indurations* ou *rétrécissemens* de la trachée par des membranes de nouvelle formation et d'autres désorganisations, qui produisent un manque de respiration et de parole difficile à combattre, quelquefois même incurable, ou bien une dyspnée constante et une respiration sibilante, qui tôt ou tard se terminent par la phthisie.

Très-rarement cette inflammation se termine par la *gangrène ;* et si elle est assez violente pour atteindre ce degré, elle tue préalablement par suffocation.

(Nous passons, pour abréger, le *pronostic.*)

Le traitement des inflammations des tubes aérifères et des parties qui leur sont connexes, exigent du médecin la plus sérieuse attention et la plus prompte application des médicamens nécessaires, à cause de l'imminence du danger et même de la mort qui accompagne ces maladies. Il est à peine nécessaire de dire que la diète la plus sévère est ici de rigueur.

Le caractère inflammatoire de la maladie appelle impérieusement le remède le plus homœopathique, *aconitum*, qu'il sera nécessaire de répéter (l'auteur dit *toutes les* 24 *heures*, nous pensons qu'il est mieux de le faire toutes les 2 ou 3 heures, jusqu'à modération du symptôme principal) ; s'il y a constipation opiniâtre, on intercallera *bryonia* ou *nux ;* et s'il y a diarrhée, *veratrum ;* ces remèdes répondent quelquefois très-bien aux autres symptômes.

Il arrive maintes fois qu'au milieu d'un adoucissement notable de la maladie, il survient une exacerbation et des accidens graves causés par un refroidissement accidentel, l'ouverture d'une croisée, d'une porte, ou toute autre cause pareille. On doit alors recourir de nouveau à *aconitum*, et le faire alterner même avec *belladona*, dont plusieurs symptômes conviennent à ceux de cette maladie. Dans les cas les plus simples, mais aussi les plus rares, *aconitum* peut suffire et avoir à lui seul les honneurs de la guérison.

Voici maintenant les remèdes requis par diverses circonstances particulières.

Æthusa cynapium. Sécheresse de la bouche, langue blanche et humide, soif constante, goût amer, désagréable, avec sensation de ne pouvoir avaler ; sécheresse du gosier qui oblige de racler, chaleur du pharinx, picotemens sans avaler, resserrement spasmodique au côté droit du cou, qui s'étend jusqu'à l'oreille ; quelquefois vomissement, constipation, coriza avec issue de mucus épais, toux sèche par quintes, ou tussiculation ; respiration anxieuse, tension dans le côté droit du thorax, ou points aigus dans le milieu de la poitrine, pouls petit, intermittent ; froid et frisson qui parcourt tout le corps, même avec des secousses convulsives. — La 30e dynamisation déploie une action suffisante qui dans les affections aiguës dure environ 40 heures, et dans les chroniques environ quinze jours.

Borax. Gonflement extérieur des glandes sous-maxillaires, avec douleur gravative, lancinante, langue sèche et couverte d'aphtes ; sécheresse et ardeur du cou ou amas de mucus tenace ; gonflement du ventre et selles diarrhéiques ; rudesse du gosier avec nausées, toux et éternuemens qui produisent des élancemens, lesquels diminuent après avoir exsudé un mucus tenace ; expectoration, avec toux, de muscosité blanche striée de sang ; dyspnée, faiblesse dans la poitrine ; dans l'après-midi, froid suivi d'une chaleur passagère sans soif, avec céphalalgie. — *Borax* convient surtout aux angines dont le cours n'est pas régulier, qui se prolongent plusieurs jours, ou qui prennent un caractère typhoïde,

ce qu'indique assez bien l'apparition des aphtes.

Carbo vegetabilis. Sécheresse de la bouche, langue sale, chaleur brûlante au gosier et au palais, jointe à un prurit avec grattement, et à une pression dans le cou et le gosier, quelquefois même avec la sensation que le cou est serré comme avec une corde, ensorte que la déglutition en est empêchée; outre cela, coriza avec chatouillement constant dans le nez, éternuemens fréquens, larmoiement; toux sèche produite par une irritation dans le cou et dans la trachée, accompagnée de l'expectoration de crachats tenaces d'une couleur désagréable, quelquefois de vomissemens et de douleurs de poitrine.

Carbo convient surtout avec respiration courte, en particulier, le soir, serrement de poitrine, brûlemens aux environs du cœur et élancemens au travers du thorax, qui gênent la respiration. *Carbo* est spécialement utile vers la fin des angines, lorsqu'à la suite d'une psore, il se forme un abcès dans le gosier ou les organes respiratoires, ou qu'un état ulcéreux se manifeste, ou est déjà formé. L'usage en est, en particulier, recommandable dans les mauvaises constitutions, après l'anéantissement de l'inflammation, et pour empêcher une terminaison fâcheuse.

Cuprum. Elancemens obscurs dans les amygdales, malaise fréquent et nausées, avec selles diarrhéiques liquides, raucité constante, qui passe à l'aphonie; toux sèche, jointe quelquefois à des crachats sanguinolens; dyspnée qui va jusqu'à la suspension de la respiration; ou bien que les mouvemens respiratoires sont raccourcis et précipités par un obstacle dans les voies aériennes; serrement spasmodique de la poitrine, pression qui augmente par l'attouchement de cette partie, avec face blême et bleuâtre, yeux cassés; agitation anxieuse très-violente, jusqu'aux convulsions, accompagnée d'accès de chaleur. — On voit clairement que ce remède convient à plusieurs *angines* spasmodiques, ainsi qu'à la *coqueluche* et à *l'asthme de Millar.*

Digitalis. Mauvaise odeur de la bouche, sensation de rudesse au palais et au gosier, écoulement abondant de salive, élancemens dans le cou; poids et pression à l'estomac, ou bien chaleur brûlante; raucité jusqu'à l'aphonie; abondant amas de mucus dans le larinx; toux sèche excitée par une irritation au voile du palais, quelquefois avec crachats sanguinolens, et douleurs tensives et gravatives aux épaules et dans le bras, accompagnées d'un serrement douloureux de la poitrine, qui force le malade à se mettre rapidement sur son séant; tout le jour, difficulté pénible de respirer, battemens dans tout le côté droit de la poitrine, angoisse et tiraillement douloureux dans le sternum; frissons qui parcourent le corps, avec brûlement à la tête, châleur et rougeur à la face.

Lachesis jouirait peut-être de la plus grande activité, appliqué au cas de gonflement du côté gauche du cou, la nuit, avec brûlement et pesanteur de la poitrine, forte châleur et sommeil agité. On ne peut encore rien dire de plus précis sur l'emploi de ce remède dans ce cas.

Lauro cerasus. A la pâleur et à l'altération de la face se joint une salivation copieuse avec dégoût et nausées, tiraillement douloureux en-bas dans le cou, ou bien brûlement dans le gosier et au palais avec sensation de grattement et de sécheresse, difficulté d'avaler, coriza, enrouement; grattement et élancement avec sécrétion abondante de mucus au larynx, d'où résulte un obstacle à la respiration; ou bien toussottemens, toux saccadée produite par un chatouillement dans cet organe; respiration faible, lente, profonde avec serrement de poitrine, pression fréquente dans le côté droit du thorax, contraction tout au travers du thorax et de la poitrine; quelquefois pression ou élancement dans le sternum; pâleur et teint bleuâtre de la face; frissons alternans avec châleur brûlante.

Ledum palustre convient aux douleurs lancinantes dans le col, avec la sensation d'un corps aigu fixé dans cette partie, soif violente après avoir bu de l'eau froide, malaise suivi souvent de sueur, dyspnée douloureuse, serrement de la poitrine, titillations dans la trachée accompagnées de respiration précipitée et gênée, puis quelquefois de crachats sanguinolens, la nuit, et même purulens le matin; tiraillemens dans la poitrine, joints à des élancemens et de la pression qui augmente dans l'expiration; grande agitation dans le lit, avec chaleur telle dans les entrailles que le malade est obligé de sortir de son lit; horripilation et frissons, quelquefois avec chaleur des joues et du front, mais sans rougeur de la face.

Magnesia carbonica est requis par sécheresse de la bouche, langue blanche, muqueuse; brûlement et aridité du cou et du palais, grande sécheresse du cou, amas de mucus mêlé de sang, salivation copieuse, sensation de resserrement du col pendant la déglutition, ou d'élancement et de blessure avec ardeur, en parlant, éternuant, ou bâillant; lors surtout qu'il s'y ajoute mal de cœur et nausées, ou sensation de vide et d'affadissement, ou bien douleur gravative à l'estomac, fort chatouillement dans le nez, coriza, raucité, toux suffocante, causée par une irritation dans le col, avec crachats tenaces et salés; contraction dans la trachée avec douleur pressive à la partie antérieure du col, dyspnée et serrement de poitrine, qui augmente dans l'après-midi, point douloureux au milieu du thorax, qui augmente par l'inspiration jusqu'à faire pousser des cris au malade; pâleur de la face, alternant avec rougeur et chaleur; afflux de sang à la tête avec déchiremens stupéfians dans le front; frissons, le soir, et sueurs nocturnes.

Magnesia sulfurica est applicable à sécheresse et douleur au cou, avec ardeur brûlante et élancemens dans la partie inférieure interne: douleurs lancinantes nocturnes dans la bouche, en avalant; goût amer, anorexie, soif ardente, selles dures; enchifrênement, voix nasale avec douleurs de poitrine et accès de toux; le soir, toux sèche qui dans d'autres momens amène des crachats, produit un brûlement dans le larynx jusqu'à l'épigastre, ou est accompagnée de sensation de blessure dans la bouche et le cou, endolorissement comme

brûlure de l'intérieur de la poitrine pendant la toux, pression sur le thorax avec picotemens et chatouillement au larynx qui ont surtout lieu le matin, difficulté à respirer, battemens dans toute la poitrine, brûlemens et élancemens légers sur le thorax, frissons fébriles nocturnes.

Niccolum (nickel). Sécheresse à la bouche, goût amer répugnant, mauvaise odeur (stomacace), sensibilité douloureuse du palais, douleur au cou, avec sensation d'ulcération, bâillemens et frissons ; inflammation du côté droit interne du cou et d'une amygdale ; engouemens spasmodiques et serremens du gosier comme par une corde ; en avalant, élancemens dans le cou ; l'inspiration devient extraordinairement difficile, presque impossible ; picotemens jusqu'à la luette qui vont jusqu'à faire redouter l'acte de la déglutition ; soif violente ; mal de cœur avec engouement, pression et constipation ; coriza, fort épistaxis, enrouement prononcé, chatouillement constant dans le cou et le larynx, d'où résulte une toux sèche, par accès, et avec de rares crachats muqueux ; endolorissemens de l'intérieur de la poitrine et notable dyspnée ; violens élancemens au thorax avec douleur de blessure à l'intérieur, et de brûlure dans le côté gauche ; chaleur avec frissons et soif, surtout le soir, avec sueur ; grand abattement des membres ; forte agitation et chaleur angoissante, la nuit, produite par la douleur du cou. La face est gonflée, et la glande thyroïde est sensible soit à la pression, soit en avalant. — Le plus petit globule de *nikel* X est, dans ce cas, la dose la plus convenable ; elle peut agir pendant plusieurs semaines.

Nitrum correspond surtout au groupe de symptômes suivant : goût muqueux, sécheresse de la bouche sans soif, le matin ; gonflement douloureux des glandes salivaires et sous-maxillaires ; inflammation du voile du palais et de la luette avec douleur du col, accompagnée de constriction du cou et de dyspnée ; pression et douleur lancinante au cou, plus violentes avant midi et en avalant ; chatouillement et sècheresse, en avalant et en parlant, avec élancemens, jusque dans la bouche ; ardeur au gosier ; coriza et forts éternuemens ; raucité avec toux sèche, et mal de tête ; chatouillemens dans la trachée, douleur de tension dans le larynx ; toux sanguinolente, que les crachats soulagent ; dyspnée nocturne ; tension sourde, contraction et pression de la poitrine avec sensation de blessure ; contraction spasmodique du thorax avec énorme angoisse et suffocation imminente, pression douloureuse et élancemens dans la poitrine ; forte chaleur, le soir, et sueur abondante.

Paris quadrifolia. Chaleur, grattement, sécheresse de la bouche et du palais ; abondance de salive aqueuse ; langue brune ou blanche, goût amer ou muqueux ; douleur de blessure au voile du palais ; pression au col et aux amygdales, surtout vers le soir, avec sensation de quelque chose qui crève, d'élancement aigu ; ou bien gonflement résistant et indolent au palais, du volume d'une noisette ; au ventre et à l'estomac, plénitude et gonflement, diarrhée muqueuse, putride ; urine rougeâtre ; — coriza, émonction pénible du mucus sanguinolent, surtout le matin ; notable enrouement et grande sécheresse du tube aërifère ; amas copieux de mucus, avec excitation constante à la toux, et crachats peu considérables ; effort continuel pour cracher ou tousser, surtout dans le lit et le matin, avec crachat de mucus tenace, blanchâtre ou verdâtre ; élancemens violens dans la poitrine, qui atteignent le dos et augmentent par l'inspiration ; grande lassitude, nuits agitées presque privées de sommeil, frisson le soir, quelquefois chaleur et sueur. — Ce remède doit être donné à la sixième dynamisation, et répété toutes les 48 ou 60 heures ; il se montre surtout puissant et utile dans les angines chroniques qui se terminent par une phthisie, tout au moins les adoucit-il.

Psoricum. Quoique nous n'ayons encore aucune expérience personnelle de l'emploi de ce remède, il est vraisemblable d'après celle d'autrui qu'il peut procurer un secours durable dans des cas très-opiniâtres. Voici les symptômes qui le réclament.

Langue recouverte d'un enduit épais, blanchâtre ou jaunâtre ; sécheresse et grattement de cou avec difficulté d'avaler ; gonflement des glandes cervicales, avec douleurs de brisement, brûlure et chatouillement au cou produisant de la toux ; violente inflammation et gonflement de cou, même avec ulcération latérale profonde et douloureuse ; gonflement et boutons au palais ; gonflement et élancement des amygdales, surtout de la gauche ; brûlement ou élancement produit par des alimens chauds ou en mouvant la tête ; défaut d'appétit et forte soif, souvent nausée et vomiturition ; écoulement d'un mucus nasal abondant et très-visqueux, coriza humide ; raucité, titillation au cou et à la trachée avec toux sèche ; au gosier sensation comme s'il avait été brûlé ; faiblesse et sensation de pesanteur à la poitrine, avec blessure sous le sternum ; crachats jaune-verdâtres ; le soir dyspnée, brachypnée, manque de respiration, surtout à l'arrivée au grand air, ou en marchant ; à l'inspiration, élancemens du dos à la poitrine, et dans le côté droit, douleur de brisure, surtout au toucher ; à l'intérieur, douleur ulcérative et serrement ; en toussant, points thoraciques internes ; le soir, fatigue et chaleur avec soif et sueur ; dans l'après-midi horripilation, quelquefois sommeil agité et anxieux, supportable seulement en reposant sur le côté innaccoutumé.

Ranunculus sceleratus. Langue blanche, douleurs lancinantes au palais, avec mordication ainsi qu'au gosier, gonflement aux amygdales avec élancemens passagers ; engouement passager la nuit ; le matin, constriction au cou, tension et élancemens sensibles au creux de l'estomac ; sensation de brûlure derrière le xyphoïde ; écoulemens énormes de mucus nasal aqueux tussicule sèche, respiration profonde et gênée ; forte sensation de fatigue ou de brisure dans la poitrine, avec points douloureux dans le côté droit, soupirs involontaires fréquens, élancemens obscurs dans le côté gauche ; pouls mou et fréquent, chaleur nocturne, soif violente, et froid à la face.

Solanum vesicatorium? Langue recouverte de mucosité grisâtre (sale) et froide à sa pointe; goût nauséabond, muqueux, putride, avec sécheresse buccale; anorexie, nausée; élancement au palais et au voile; serrement lancinant à l'amygdale gauche avec sensation de gonflement et difficulté de déglutition, comme si le gosier était paralysé; les liquides ne sont avalés qu'avec peine; pression tensive du gosier à la luette, avec tiraillement constant; surtout en avalant; chaleur brûlante au cou, et même brûlure, surtout après la toux; tiraillement spasmodique dans l'œsophage; soif inextinguible; voix profonde, angoissée; parole très-difficile et pénible; fréquens éternuemens après un chatouillement dans le nez, et écoulement abondant de mucus; toux fréquente avec abondance de crachats muqueux quelquefois mêlés de sang; respiration courte et bruyante; accès de dyspnée, serrement de la poitrine, comme avec une corde, qui va presque jusqu'à la suffocation; le soir, pression tiraillante dans le poumon droit, endolorissement de la poitrine avec constriction angoissante; quelquefois battemens de cœur intermittens, pouls faible et lent; tremblement du corps, grande agitation, horripilation avec froid à la surface, et chaleur brûlante à l'intérieur.

Ce remède déploiera l'activité la plus forte et la plus utile dans les angines les plus menaçantes et dont le siége est le plus profond, comme *la bronchite;* un ou deux globules VI devront suffire; son action durera environ six jours, après quoi on pourra le répéter, mais ce dernier cas s'offre rarement. Son usage devra être suivi de celui d'un *antipsorique* qui complètera la guérison.

Strontiana. Inflammation du gosier avec élancement en avalant, liée avec sécheresse constante de la bouche, enduit blanchâtre de la langue, aridité du col avec excitation à la toux, raucité, toux croissante avec pneumodynie, surtout la nuit, quelquefois dyspnée (brachypnée) avec agitation et chaleur brûlante à la face, tiraillemens spasmodiques ou élancemens dans la poitrine en toussant et en respirant, maintes fois avec douleur de brûlure ou de blessure; la nuit, chaleur sèche, anxiété.

La *strontiane* est surtout avantageuse dans les angines chroniques, où l'inflammation dure encore, où les crachats sont rares ou manquent totalement, et où la suppuration est imminente.

Sulfur peut trouver sa place dans les angines respiratoires, mais dans les circonstances que nous avons signalées à l'article de *l'angine pharyngienne.* Il nous offre un moyen puissant dans tous les cas compliqués de psore.

Taraxacum est indiqué lorsqu'à la blancheur de l'enduit de la langue et au goût amer se joint dans le cou élancemens aigus et perforans de dedans en dehors, pression intérieure comme par un gonflement, en avalant; pression et serrement à la paroi antérieure du gosier et du larynx, qui excite à tousser et passe en avalant; sensation de sécheresse et accumulation d'un mucus amer au gosier; voix rauque; titillation qui excite de la toux au voisinage de la fossette du cou; douleur perforante et fouillante dans la poitrine; tension dans la région du diaphragme par une forte inspiration; pression brûlante au sternum, qui augmente par l'expiration; élancemens dans un côté de la poitrine, en inspirant; chaleur et rougeur à la face.

Zincum, ce remède éminemment héroïque, est réclamé par les circonstances suivantes: Flux abondant de salive, douleurs au palais en bâillant; grattement mordicant au gosier; amas très-profond de mucus dans le cou; constriction spasmodique à la partie antérieure de l'œsophage, ou bien sensation d'enflure; gonflement des amygdales et de la partie extérieure du cou; le matin mal de cœur et régurgitation mucoso-sanguine, raucité comme si du mucus tapissait la trachée, brûlement dans les voies aériennes; sensation de rudesse à la poitrine, toux à courts accès excitée par un chatouillement sous le sternum, avec expuition d'un mucus tenace; ordinairement toux sèche, la nuit avec violent élancement dans la poitrine, et la sensation que cette cavité dût éclater; dyspnée et serrement de la poitrine, souvent frisson fébrile et chaleur passagère; fortes sueurs nocturnes.

Pour terminer, nous ajoutons cette observation: que les inflammations des voies aériennes atteignent aussi celles de la déglutition et *vice versâ;* ce qui oblige le praticien à recourir, dans l'un et dans l'autre cas, à un seul et même plan thérapeutique, sans distinction tranchée d'organes. Au reste, rarement la guérison s'obtient par un seul remède apsorique; le plus souvent un antipsorique est nécessaire; quelquefois même plusieurs sont indiqués et requis; ce qui d'ailleurs n'a lieu que dans les cas les plus opiniâtres.

Lettre à M. le Ministre de l'instruction publique, en réponse au jugement de l'Académie royale de Médecine, sur la doctrine médicale homœopathique, au nom de l'institut homœopathique de Paris; par le Dr Léon Simon. — Brochure de 64 p. — Paris, chez Baillère; Genève, chez Cherbuliez.

Nous pouvons en toute conscience nous dispenser de donner l'analyse de cet opuscule; il y a obligation morale pour chaque homœopathe, médecin ou laïque, à s'en pourvoir et à en distribuer largement. Il est de notre devoir le plus strict à tous de faire connaître au public avec quelle bonne foi et quelle force de raison l'Académie nous a jugés. L'exposé en est fait par notre estimable et savant collègue, le Dr Simon, de la manière la plus décente et du style le plus ferme. En réfutant l'Académie sous la forme de *Lettre au Ministre,* l'auteur de ce Mémoire s'est privé volontairement d'une partie de ses moyens, l'ironie et le sarcasme, qu'il eût pu y répandre à pleines mains, en reponse aux quolibets injurieux que Messieurs les Académiciens ont employés à notre égard; l'Académie lui doit des remerciemens.

Dans une très-courte préface, l'auteur justifie le retard qu'a mis l'institut homœopathique à faire paraître cette réfutation; la sagesse du Ministre pouvait être tout autre que celle de son Conseil, l'Académie; et la décision à intervenir pouvait, en conséquence, être l'inverse de celle du Corps consulté; il y avait prudence à attendre; les homœopathes de Paris ont attendu.

La *Lettre* a pour but, après avoir démontré l'incompétence de l'Académie, de demander au Ministre *des juges*, mais des juges vrais, et non des juges fictifs; — des expériences, mais réelles, logiques, répétées en présence de témoins sévères; mais sages; — enfin, une véritable information de laquelle puisse se déduire un jugement. Le Ministre se refusera-t-il à obtempérer à cette demande? déniera-t-il à un nombre de Docteurs le moyen de démontrer *publiquement* que leur doctrine et leur pratique sont non-seulement aussi bonnes, mais encore bien meilleures que celles de l'Académie, si tant est que l'Académie ait une doctrine? Voilà ce que non-seulement les homœopathes, mais la Société tout entière, attendent avec une juste anxiété; un fait toutefois les rassure, c'est la profonde science et la haute sagesse du Ministre actuel qui ne permettent pas de douter que, sur un point de science, il ne rende justice à qui elle est due. C. P.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

OCTOBRE 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Mémoire sur la péricardite ; par N. Hache, *interne des hôpitaux, membre de la Société médicale d'Observation.*

La base de ce travail est l'analyse de huit cas de péricardite terminés par la guérison, que j'ai recueillis pendant l'année 1834 ; dans le service de M. Louis. Ce ne sont point des faits choisis pour appuyer une idée préconçue, ni réunis à cause de leur singularité ; tous ceux qui se sont offerts à mon observation ont été compris dans cette étude. C'est à peu près la proportion habituelle des faits de ce genre que l'on rencontre chaque année dans les salles St-Charles et St-Paul de l'hôpital de la Pitié (1). En effet, pendant quatre trimestres consacrés à ses conférences cliniques, de 1830 à 1833, M. Louis a justement recueilli huit observations de péricardite (2). Il avait exposé l'analyse de ces faits dans les leçons de 1833. Ce travail, qu'il a eu l'extrême obligeance de me communiquer, m'a fourni des rapprochemens d'autant plus intéressans que la plupart de ses résultats sont confirmés par les miens. Le recueil important dont M. le professeur Bouillaud vient d'enrichir la science m'a aussi été d'un très-grand secours. Après avoir envisagé, sous le plus grand nombre possible de points de vue, une série d'observations exactes et détaillées, il est toujours utile de comparer les résultats auxquels on est conduit, avec ceux que fournissent les faits déjà connus. C'est ce que je vais essayer de faire pour quelques parties de l'histoire de la péricardite.

Les sujets chez lesquels j'ai observé la péricardite, étaient la plupart jeunes et bien constitués. Ils jouissaient généralement d'une santé parfaite au moment de l'invasion ; chez la moitié d'entr'eux la maladie fut simple ; elle se développa chez les autres dans le cours d'une affection aiguë ou chronique.

Son début fut marqué par un frisson chez deux sujets seulement. Toujours il y eut une douleur plus ou moins vive au côté gauche de la poitrine, des palpitations et de l'oppression revenant par accès et forçant alors les malades à se tenir sur leur séant pendant quelques minutes. Le sommeil était troublé par des rêves pénibles et par des réveils en sursaut qui étaient souvent le prélude des accès de dyspnée et des palpitations. Ordinairement il y avait un peu de toux, une fièvre peu intense avec diminution légère de l'appétit ; les forces étaient peu altérées ; les malades continuaient à se livrer à des occupations plus ou moins pénibles pendant une ou deux semaines après le début et se rendaient à pied à l'hôpital. Là, rien dans l'attitude ni dans la physionomie n'indiquait une maladie grave : le décubitus était médiocrement élevé, la face calme le pouls peu accéléré, et il fallait se livrer à un examen approfondi et détaillé pour reconnaître la cavité et l'organe malade. L'exploration de la poitrine faisait bientôt découvrir à la région précordiale une saillie plus ou moins marquée, un son mat dans une étendue plus grande qu'à l'ordinaire, l'absence complète du bruit respiratoire dans l'espace correspondant, l'obscurité et l'éloignement des bruits du cœur, qui ne s'accompagnaient pas ordinairement d'impulsions.

Les malades n'étaient point fatigués par un examen prolongé. Ils éprouvaient du soulagement à la deuxième ou à la troisième visite, ou même dans la journée qui suivait la première après une saignée, une ou deux applications de sangsues ; et l'on pouvait bientôt constater, avec la décroissance de la douleur et des palpitations, des changemens notables dans les signes physiques : la diminution de la saillie, celle de l'obscurité du son, de l'éloignement des bruits du cœur, le retour graduel du bruit respiratoire dans l'espace qu'il avait abandonné. La marche vers la résolution était rapide, et dans un espace de sept à dix jours la guérison était complète, de sorte que la durée totale de la maladie, à partir du début, variait de 15 à 22 jours. C'est ainsi que les choses se passaient dans la péricardite simple ; mais les diverses complications lui imprimaient un cachet particulier. Outre les symptômes propres aux af-

(1) Ces deux salles, qui composent la division de M. Louis, contiennent 94 lits, et reçoivent chaque année environ 1200 malades la plupart atteints d'affections chroniques.

(2) Trois de ces faits sont consignés dans le N° 99 du *Journal hebdomadaire*, 1830.

fections secondaires, elle offrait alors des phénomènes de réaction plus prononcés, une marche plus lente; enfin, trois fois sur quatre, une recrudescence qui en prolongeait beaucoup la durée. Ces différences ressortiront des détails qui vont suivre.

Analyse des faits.

Mouvement fébrile; frisson. — Le frisson manqua complètement dans un cas. Deux sujets seulement en éprouvèrent au début; les autres en ressentirent à des époques variables (du 10me au 20me jour). Il était suivi de chaleur et de sueur, et ne se liait à aucun accroissement des symptômes morbides.

Chaleur. — La chaleur de la peau fut élevée dans un seul cas (péricardite compliquée), médiocres dans les autres. Deux sujets tuberculeux eurent de la chaleur et des sueurs nocturnes en rapport avec les progrès de l'affection pulmonaire. Deux autres éprouvèrent, pendant le cours de la maladie, de la tendance au refroidissement des extrémités.

Circulation artérielle. — Le pouls fut médiocrement large dans la plupart des cas; petit et faible dans deux, relativement aux battemens du cœur; dans aucun il ne fut notablement plus fort à un bras qu'à l'autre; chez six sujets il ne dépassa pas 96 pulsations par minute (une fois le maximum de la fréquence fut 72); chez les deux autres il s'éleva à 104 et 120 pulsations; jamais il ne fut irrégulier d'une manière constante. Trois fois il offrit passagèrement des intermittences à une époque avancée de la maladie, tandis qu'il battait 60 à 80 fois par minute. Dans les cinq autres cas, sa régularité fut toujours parfaite.

État du sang tiré de la veine. — Chez cinq des six sujets dont la veine fut ouverte, le caillot offrit une couenne jaunâtre ou blanchâtre, épaisse et ferme; un seul d'entr'eux était affecté de rhumatisme au moment où la saignée fut pratiquée. Le sang non couenneux appartenait à un sujet dont la péricardite était simple.

Circulation capillaire. — La coloration des lèvres ne fut manifestement violacée dans aucun cas. Les joues étaient plutôt pâles que colorées.

Congestions séreuses — L'œdème des membres inférieurs ne fut observé ni au début de la maladie ni pendant le séjour à l'hôpital; il survint chez trois sujets après leur sortie et dura de 15 jours à un mois; alors deux d'entre eux n'offraient plus aucun signe de péricardite ni d'affection du cœur. Chez le troisième, l'épanchement du péricarde n'était pas complétement résorbé. Le même phénomène s'est présenté trois fois sur huit cas à M. Louis, qui a toujours trouvé ce symptôme lié à une dyspnée très-intense; il en était de même dans deux cas qui me sont propres.

Les complications ne paraissent pas avoir d'influence sur la production de l'œdème; il n'a existé que trois fois dans quatorze cas suivis de mort, rapportés avec détails dans l'ouvrage de M. Bouillaud, et ce professeur ne l'a point noté dans quatorze cas de guérison dont huit compliqués de pleurésie ou de pneumonie. M. le professeur Andral l'a rencontré deux fois sur neuf cas funestes.

En résumé, d'après ces faits l'infiltration des membres inférieurs a existé six fois sur trente-un, ou dans la cinquième partie des péricardites qui ont guéri, et un peu plus souvent dans les cas suivis de mort (cinq fois sur vingt-trois).

Douleur. — La douleur se manifesta, dès le début, chez tous les sujets, se fit sentir au-dessus et en dedans du mamelon gauche, s'étendit deux fois à l'épigastre: mais la pression et la percussion, même légères, développaient une sensibilité anormale dans toute l'étendue de la région précordiale, et ordinairement jusqu'aux limites de l'obscurité de son. La douleur était peu vive en général, comparée à un poids par deux malades, à une chaleur forte par un troisième: les autres n'ont pu déterminer sa nature; elle augmentait par la toux, les inspirations fortes et surtout par les palpitations et le décubitus sur le côté gauche. Loin d'être aussi constante dans les observations publiées par les auteurs, la douleur n'avait été indiquée que dans la moitié des faits connus avant la publication du mémoire de M. Louis, qui depuis l'a rencontrée dans la même proportion pour les cas suivis de guérison. L'analyse des observations de M. Bouillaud conduit au même résultat.

Palpitations. — Les palpitations ont existé dans tous les cas; elles ne furent continuelles dans aucun, mais se manifestèrent par *accès* plus ou moins fréquens et prolongés, suivant l'intensité et l'époque de la maladie. Ces accès étaient provoqués par la marche, la fatigue, les émotions morales; mais le plus souvent ils survenaient sans cause appréciable, plus fréquemment la nuit, si ce n'est chez une femme qui les ressentait particulièrement pendant le jour. Les palpitations étaient pénibles, douloureuses, et celles que les mêmes sujets avaient éprouvées dans d'autres circonstances, n'avaient pas ce caractère.

Les palpitations ont été notées par M. Louis, six fois sur douze cas de péricardite (dont quatre suivis de mort; contenus dans le mémoire publié en 1826). En ajoutant ces faits aux miens, on trouve que les palpitations se rencontrent quatorze fois sur vingt.

Si l'on examine, sous ce rapport, les observations contenues dans l'ouvrage de M. Bouillaud, on voit que ce symptôme n'a été noté que trois fois sur vingt-huit cas rappportés avec détail; encore deux de ces trois faits sont relatifs à des sujets atteints d'affection organique du cœur en même temps que de péricardite. Comment expliquer une si grande différence dans le résultat de l'analyse de ces deux séries d'observations? M. Louis en a donné, je crois, la meilleure raison, en disant que « si les auteurs ont souvent négligé de parler des palpitations, c'est sans doute parce que ce symptôme est un des moins incommodes, et n'attire pas beaucoup l'attention des malades. » L'expérience a pleinement confirmé pour moi la vérité de cette dernière proposition, et les faits cités par M. Bouillaud, si complets d'ailleurs sous d'autres rapports, ne me paraissent pas con-

chans contre la fréquence des palpitations, parce que, dans vingt-cinq cas, il n'a été fait mention ni de la présence, ni de l'absence de ce symptôme, de sorte que rien n'indique que l'attention des observateurs ait été dirigée sur ce point.

Dyspnée. — Chez six sujets, les accès des palpitations s'accompagnaient de dyspnée qui les forçait de se tenir assis dans le lit pendant une durée de cinq minutes à un quart-d'heure. L'accès le plus prolongé que j'aie observé dura une heure; il était survenu après l'administration d'un bain tiède. Assez souvent les accès de dyspnée se manifestaient sans palpitations, ou bien ils précédaient immédiatement ce phénomène. Ils se répétaient depuis deux fois jusqu'à huit ou dix fois en vingt-quatre heures, et devenaient moins fréquens et moins prolongés pendant la décroissance de la maladie. — Dans quatre cas ils avaient cessé de se manifester à une époque où les signes locaux annonçaient que la résolution n'était pas encore complète. Chez l'un des sujets où ils furent le plus pénibles, ils persistèrent assez long-temps après la disparition des autres symptômes et des signes de l'épanchement; la péricardite était compliquée, dans ce cas, de tubercules pulmonaires à marche rapide. — Les accès de dyspnée existaient chez toutes les femmes; ils étaient très-peu marqués chez le seul homme qui en offrit: ils n'étaient pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie: car des deux sujets chez lesquels ce symptôme ne fut pas observé, l'un était légèrement affecté, l'autre présentait une péricardite très-intense compliquée de rhumatisme et de pleurésie; dans ce dernier cas, l'anxiété peinte sur la face, l'accélération des mouvemens respiratoires, annonçaient une oppression très-vive, et cependant il n'y eut jamais d'accès d'orthopnée. Dans l'intervalle des accès, l'oppression était médiocre, les malades avaient la tête plus élevée qu'en santé; habituellement deux oreillers leur suffisaient. Dans aucun cas je n'observai cette anxiété extrême, cette *jactitation* qui sans doute n'appartiennent qu'aux péricardites compliquées d'affections très-graves. On peut étendre aux accès de dyspnée la remarque qui a été faite pour les palpitations; savoir, que ce symptôme revenant presqu'exclusivement pendant la nuit, et ne produisant qu'une gêne momentanée, les malades n'en parlaient pas ordinairement, à moins qu'on ne dirigeât leur attention sur ce point dans l'interrogatoire.

Troubles de la respiration. — Fréquence des mouvemens respiratoires. — La respiration était accélérée chez tous les sujets; elle se répétait de 24 à 54 fois par minute. Le terme moyen de sa fréquence était de 28 à 30 inspirations dans les cas simples, de 40 dans les cas compliqués. Cette accélération n'était point produite par le mouvement fébrile ni en rapport avec la fréquence du pouls; car dans une péricardite simple, au milieu de la maladie, on comptait 32 inspirations, tandis que la chaleur était naturelle et le pouls à 68. La fréquence des mouvemens respiratoires semble plutôt avoir été en rapport avec la quantité de l'épanchement du péricarde et avec les complications qui existaient du côté de la plèvre ou des poumons. J'ait dit plus haut qu'il n'y avait pas de relation évidente entre la gêne de la respiration et la fréquence des accès de dyspnée; en effet, de deux sujets atteints, l'un de péricardite simple, l'autre de péricardite compliquée d'une affection tuberculeuse, et examinés à la même époque de la maladie, le premier offrait 30 inspirations par minute et 6 à 8 accès de dyspnée par jour; le second respirait 46 fois par minute, et n'avait que 2 ou 3 accès de dyspnée en vingt-quatre heures.

Toux. — La toux manqua dans deux cas; fut légère, tantôt sèche, tantôt accompagnée de crachats sans caractère dans deux autres cas où l'appareil respiratoire était sain. Elle fut constante et répétée chez les quatre autres sujets qui offraient tous des maladies aiguës ou chroniques, soit des poumons, soit de la plèvre. — Sur huit cas de péricardite simple, M. Louis a trouvé six fois de la toux sans qu'il existât aucune espèce d'altération du bruit respiratoire. Il pense que dans ces cas ce symptôme est dû a la compression exercée sur le poumon gauche par le péricarde distendu...

Les divers symptômes que nous avons examinés jusqu'à présent pouvaient bien fournir des présomptions sur le siége et la nature de la maladie; mais c'est à l'exploration de la poitrine qu'il faut demander des signes plus certains. Etudions successivement ceux que nous ont donnés l'inspection, le toucher, la percussion et l'auscultation.

Conformation de la région précordiale. — La voussure ou saillie de la région précordiale ne fut point observée sur deux jeunes filles dont l'affection était peu grave, et chez lesquelles le volume considérable des mamelles empêcha de constater une légère différence de conformation qui existait peut-être entres les deux côtes. Un sujet n'offrit qu'une saillie peu étendue. Chez les cinq autres, nous observâmes une saillie bien dessinée occupant toute la région précordiale, s'étendant au-dessus d'elle jusqu'à la troisième ou la deuxième côte, accompagnée ou non d'élargissement des espaces intercostaux. Dans un cas cette saillie s'éleva jusqu'à la clavicule. Elle offrait dans les diverses périodes de la maladie, les mêmes phases d'accroissement et de décroissance que l'obscurité du son avec laquelle elle était constamment en rapport. Toujours elle avait disparu complètement ou presque complètement à l'époque où les malades quittèrent l'hôpital (1)

---

(1) Après la résorption des épanchemens abondans du péricarde, il est possible que la région précordiale s'affaisse par le même mécanisme que le côté malade à la suite de la pleurésie. Il semble que cet affaissement doit se produire surtout lorsque, pendant la distension du péricarde, des adhérences pleurétiques se sont établies entre sa face antérieure et la plèvre pariétale avec laquelle il se trouve en rapport. Une femme, placée en ce moment dans le service de M. Louis à l'hôpital de la Pitié, me semble fournir un exemple de ce phénomène qui n'a point encore été noté par les observateurs. Je vais rapporter succinctement son histoire, que m'a communiquée mon ami M. Barth.

Thérèse Letort, âgée de 21 ans, lingère, d'une petite taille,

Impulsion du cœur. — Chez six sujets elle fut très-peu marquée ou nulle à la vue et au toucher au milieu du cours de la maladie, si ce n'est pendant les palpitations. Sa force et son étendue étaient toujours en raison inverse de la matité précordiale. Deux fois elle fut très-manifeste pendant la période de l'épanchement et occupait un espace de trois à quatre pouces carrés. Dans l'un de ces cas elle était double, et l'on distinguait facilement le choc de la pointe dans le lieu ordinaire, et celui de la base sous le cartilage de la troisième côte gauche ; elle conserva le même caractère après la résolution de l'épanchement. Outre la force et l'étendue de l'impulsion du cœur, le toucher de la région précordiale servait encore à faire apprécier le degré de *douleur*, et dans un cas il nous fournit un signe important, la vibration des parois de la poitrine sous l'influence du frottement des fausses membranes du péricarde. J'y reviendrai à propos du bruit de cuir.

Sonoréité de la poitrine. — La percussion donnait un son obscur ou mat dans toute l'étendue de la région précordiale, et au-dessus de cette région le long du sternum, dans la largeur de deux ou trois pouces jusqu'au niveau de la troisième, de la deuxième ou même de la première côte, et enfin sur la moitié ou le tiers inférieur du sternum. L'obscurité du son était d'autant plus grande que l'on s'approchait davantage du rebord cartilagineux des côtes, et chez la plupart des sujets la matité était complète dans toute la région précordiale. A l'époque de la résolution la percussion devenait sonore de haut en bas, d'abord dans l'espace situé au-dessus du niveau du mamelon, puis sur le sternum, enfin à la région précordiale. Chez plusieurs malades, l'obscurité du son s'étendait encore un peu au-delà des limites ordinaires, à l'époque où ils quittèrent l'hôpital (tous les autres symptômes ayant complétement disparu). Mais la sonoréité était complètement rétablie chez trois d'entr'eux qui furent examinés de un mois à trois mois après la guérison parfaite.

Résultat de l'auscultation. — Bruit respiratoire. — Dans tous les cas il y avait absence complète du bruit respiratoire à la région précordiale, ou affaiblissement plus ou moins marqué de ce bruit dans le reste de l'espace occupé par le péricarde distendu. A peine s'il est nécessaire de dire que cette circonstance s'explique par le refoulement du bord antérieur du poumon gauche que l'on rencontre toujours dans les autopsies de péricardite avec épanchement. Le bruit respiratoire se faisait entendre de nouveau graduellement et de haut en bas dans l'espace qu'il avait abandonné, à mesure que la résolution de l'épanchement du péricarde permettait l'expansion de la portion correspondante du poumon. M. Louis avait déjà noté ce caractère dans une des observations contenues dans son Mémoire (1826), il l'indique encore dans les faits publiés en 1830 (N° 99 du *Journal hebdomadaire*), et l'a rencontré depuis dans tous les cas qui se sont présentés à son observation. Il est à regretter que dans un ouvrage, d'ailleurs si complet, M. le professeur Bouillaud n'ait pas fait mention de ce signe.

Bruits du cœur. — L'exploration étant faite dans le décubitus dorsal, les bruits du cœur m'ont toujours paru d'autant plus obscurs et plus profonds que la saillie et la matité étaient plus considérables. Dans sept cas où je recherchai avec soin le maximum d'intensité de ces bruits, ils me parurent plus distincts au niveau de la troisième côte ou un peu au-dessous, qu'à

---

d'une constitution délicate, ayant le squelette bien conformé, l'intelligence développée et une mémoire excellente, a éprouvé à l'âge de 12 ans une maladie grave qui la retint au lit pendant six semaines, et dont les symptômes ne peuvent se rapporter qu'à une péricardite aiguë intense, compliquée de rhumatisme articulaire (douleur vive et continue à la région précordiale ; palpitations pénibles revenant par accès cinq ou six fois par jour ; défaillances fréquentes ; fièvre intense, douleurs avec gonflement au niveau des principales articulations des membres ; pas de toux.) Elle fut traitée par des applications de sangsues à la région précordiale. Depuis son rétablissement elle a joui d'une bonne santé, mais elle a l'haleine un peu courte, et éprouve de temps en temps des accès de palpitations qui reviennent surtout après les exercices fatigans et les émotions morales vives. Jamais elle n'a eu d'œdème aux membres inférieurs. Voici quel est maintenant son état : la face antérieure du thorax présente une large dépression (11 centimètres de hauteur sur 95 millim. de largeur), qui comprend le sternum depuis l'union des deux pièces supérieures, l'extrémité sternale des cinq dernières vraies côtes gauches et les espaces intercostaux correspondans qui sont un peu plus étroits et moins saillans que ceux du côté droit. — La poitrine est symétriquement conformée dans tout le reste de son étendue. Sa circonférence, mesurée comparativement des deux côtés au-dessous des mamelles, offre une différence de 15 à 18 millimètres en faveur du côté droit ; cette différence ne peut être attribuée tout entière au rétrécissement du côté gauche, car les recherches intéressantes du docteur Woillez (Thèse n° 119, 1835), prouvent qu'elle existe à-peu-près dans ce rapport à l'état physiologique. La pression n'est pas douloureuse dans l'espace déprimé ; la percussion, sonore dans toute la partie antérieure de la poitrine, l'est un peu moins à gauche qu'à droite, ne devient obscure qu'entre le troisième espace intercostal et le rebord cartilagineux des côtes, dans une largeur de 18 à 20 lignes en dehors du bord gauche du sternum. Les battemens du cœur, lents et réguliers, ne s'accompagnent d'aucune impulsion visible ; le choc est faiblement senti à la région précordiale et jusques près de la deuxième côte. — Les bruits, d'un timbre et d'une force ordinaires, ont leur maximum d'intensité entre la quatrième et la cinquième côte, s'entendent dans toute la partie antérieure gauche de la poitrine sous la clavicule droite, et très-faiblement en arrière à gauche. Le bruit respiratoire, manifestement plus faible au niveau de la dépression que partout ailleurs, ne s'entend à la région précordiale que dans les grands efforts d'inspiration.

Cette dernière circonstance indique que le bord antérieur du poumon gauche est plus éloigné du sternum qu'à l'ordinaire ; ce qui s'expliquerait bien par les adhérences dont j'ai parlé plus haut. En résumé, si entre la péricardite antérieure et la dépression décrite, la relation de cause à effet n'est pas prouvée, elle est au moins très-probable et très-rationnelle.

la région précordiale. Le maximum d'intensité des bruits du cœur était donc déplacé pendant l'épanchement; on le trouvait toujours vers la partie supérieure de l'espace occupé par le péricarde distendu ; et à mesure que la résorption avait lieu, il descendait graduellement de manière à occuper de nouveau la région précordiale quand l'état normal était tout-à-fait rétabli.

A part l'obscurité et l'éloignement des bruits du cœur dans la période de l'épanchement, leur *timbre* n'éprouva de modification notable que dans trois cas. Une fois à la fin de la résolution, le second bruit fut trouvé beaucoup plus fort et plus éclatant que le premier qui était devenu très-sourd ; chez les deux autres sujets, les deux bruits offrirent pendant plusieurs jours quelque chose d'*âpre* et d'*inégal* au moment où le bruit de frottement commençait à se faire entendre.

Le *rythme* des battemens du cœur ne fut altéré que chez les trois sujets qui offrirent l'irrégularité du pouls. Cette irrégularité ne fut que passagère, comme je l'ai noté plus haut : elle survint à l'époque de la résolution, et chez deux sujets, au moment où le bruit de *frottement* commençait à se faire entendre ; elle ne dura pas plus de deux ou trois jours. M. Louis n'a trouvé ce caractère que deux fois sur huit cas de guérison. Il n'a été rencontré qu'une fois dans les quatorze faits de terminaison heureuse rapportés par M. Bouillaud, et dans ce cas aussi il a été passager. Il est plus fréquent dans les cas de péricardite compliquée terminés par la mort; ainsi d'après un relevé de M. Louis (1), il a existé 10 fois sur 18. On le trouve noté 4 fois sur 14, dans les faits suivis de mort que rapporte M. le professeur Bouillaud, et encore dans deux de ces faits il y avait des affections organiques du cœur. Ainsi l'irrégularité des battemens du cœur n'existe que dans la cinquième partie des cas de guérison, et jamais d'une manière constante. On ne peut donc pas la regarder comme un caractère important dans le diagnostic de la péricardite simple. Elle semble plutôt appartenir à l'affection aiguë complexe dont la péricardite n'est qu'un élément, et qui se termine ordinairement d'une manière funeste.

Bruits anormaux. — Bruit de frottement. — Le bruit de frottement péricarditique n'a point existé dans cinq des faits qui font le sujet de ce travail. Il en a été de même dans huit cas observés par M. Louis ; toujours alors il y avait dans le péricarde un épanchement plus ou moins abondant à l'époque où les sujets furent soumis à l'observation. L'absence du bruit de frottement est-elle due à ce que les adhérences se formaient à mesure que se faisait la résorption, ou bien faut-il l'attribuer à ce que, dans plusieurs cas, la péricardite était *partielle*, et les fausses membranes éloignées de la face antérieure du cœur? Le peu de gravité des symptômes dans la plupart des cas dont je parle, tend à appuyer la dernière supposition en faveur de laquelle on peut aussi invoquer des faits anatomiques assez nombreux.

Je n'ai perçu le bruit de frottement que trois fois : c'était chez les sujets dont l'affection fut la plus longue et dura au moins quarante-cinq jours, et à l'époque où la diminution de la saillie, le retour de la sonoréité, etc., annonçaient la résolution et l'épanchement (du 23 au 25e jour de la maladie). Sa durée fut de trois jours seulement dans deux cas : il était alors peu éclatant, semblable à un froissement sec et superficiel, et ne s'accompagna point de frémissement vibratoire. Dans le troisième cas le frottement fut très-intense, offrit à son début le timbre d'un bruit de cuir assez sonore, s'adoucit ensuite, et ressemblait à la fin à un bruit de souffle rude. Pendant les quatre derniers jours il était accompagné d'un *frémissement vibratoire* des parois de la poitrine, circonscrit d'abord comme le bruit de frottement lui-même à la partie du troisième espace intercostal gauche voisine du sternum, qui s'étendit ensuite à toute la région précordiale, et disparut au moment où le bruit de frottement devenait moins rude. Ce dernier phénomène cessa brusquement le douzième jour après son apparition, en même temps que l'augmentation de la saillie et de la matité précordiale annonçait la formation d'un nouvel épanchement dans le péricarde. Quatre jours après cette récrudescence, le bruit de frottement se manifesta de nouveau, se propageant de la même manière que la première fois, mais beaucoup plus faible et non accompagné de mouvement vibratoire : il dura encore six jours, et ne se montra plus depuis.

Ces détails confirment pleinement le résultat des observations du docteur Stokes (*Archives générales de médecine,*) sur le mode d'apparition et de propagation du *frémissement vibratoire* que la main perçoit à la région précordiale quand les feuillets du péricarde, tapissés de fausses membranes fermes et inégales, se trouvent en rapport. Ce frémissement, justement comparé à celui de la pleurésie, se développe dans les mêmes circonstances que le bruit de frottement péricarditique ; mais il se produit bien plus rarement que ce bruit avec lequel il coïncide toujours. M. le docteur Stokes l'a indiqué le premier avec un très-grand soin (1). Il cite six observations dans lesquelles cette vibration précordiale existait ; mais sont des faits qu'il a choisis pour donner l'histoir ce phénomène. M. le professeur Bouillaud paraît voir observé qu'une fois, il le décrit comme u[illegible]-*velle* espèce de frémissement cataire (2). Ce phénomène a existé aussi dans un cas de péricardite sèche, rapportée par M. Fournet (4e obs.) (3). En résumé, sur treize faits où le bruit de cuir neuf ou de frottement fut perçu, le frémissement vibratoire n'a été observé que deux fois, ou dans la sixième partie des cas. Et comme

(1) Mémoire cité (1826.)

(1) Mémoire cité.
(2) *Op. cit.*
(3) *Id.*

le bruit de frottement lui-même ne se manifeste que dans la moitié des faits, il s'ensuit que jusqu'à présent le phénomène découvert par M. Stokes n'a été manifesté qu'une fois sur douze cas; et par conséquent, qu'il n'a qu'une importance secondaire dans le diagnostic de la péricardite.

Tintement métallique. — Dans un cas j'entendis le tintement métallique du cœur, c'était à l'époque où l'épanchement du péricarde, presqu'entièrement résorbé, laissait entendre un léger bruit de frottement. Cette résonnance, que je ne percevais qu'à l'oreille, et nullement avec le stéthoscope, me semblait exister avec chacun des deux bruits. Elle ne persista que pendant deux ou trois jours. M. Bouillaud a noté ce phénomène dans plusieurs de ses observations.

Les bruits de soufflet, de rape ou de scie n'ont existé dans aucun des cas que j'ai observés. Après avoir passé en revue les signes importans que donne l'exploration de la région précordiale et l'étude de la respiration et de la circulation, je vais exposer les symptômes dus au trouble des autres fonctions de l'économie. Il sont tous peu graves et sans doute peu importans pour le diagnostic; mais il fallait bien les étudier pour apprécier leur valeur et connaître l'histoire complète de la maladie.

Trouble de l'innervation. — Céphalalgie. — La céphalalgie a existé plus ou moins marquée au début chez six sujets, et elle persistait encore lors de l'entrée à l'hôpital, du huitième au quinzième jour de l'affection. Elle ne fut vive que dans un cas où elle avait le caractère névralgique et revêtit la forme intermittente.

Fonctions des sens. — Chez le sujet que je viens d'indiquer, il y avait aussi des bourdonnemens dans une oreille. Deux fois il y eut des éblouissemens : légers dans un cas de péricardite simple, ils avaient cessé le troisième jour; dans l'autre, où l'affection était compliquée, ils persistèrent jusqu'au trentième jour et se manifestèrent toutes les fois que la malade se levait.

Sommeil. — Le sommeil a été troublé quelquefois par des *rêves pénibles*, constamment par des *réveils en sursaut* plus ou moins fréquens chez les sept malades qui furent interrogés sur ce point. Un seul d'entr'eux en avait quelquefois éprouvé de semblables en santé; mais ils étaient beaucoup plus répétés depuis l'invasion de la péricardite. Dans les six autres cas, ce symptôme se manifesta dès le début et suivit à peu près les mêmes phases que les autres phénomènes.

Forces. — Quatre fois les forces furent assez diminuées pour forcer les malades à garder immédiatement le lit. Dans un seul de ces cas la péricardite était simple, elle offrait des complications dans les trois autres. Quatre sujets purent, avec plus ou moins de fatigue, se livrer à des occupations assez pénibles pendant une durée de quatre à quinze jours après l'invasion; l'un d'eux ne fut obligé de s'aliter qu'à l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu qui survint douze jours après le début de la péricardite. Les autres, dont l'affection resta simple, ne commencèrent à garder le lit qu'à leur entrée à l'hôpital. Il en a été de même de la plupart des malades observés par M. Louis : parmi ceux-ci se trouvent deux sujets dont l'un put continuer à travailler deux mois et l'autre trois mois après le début.

L'altération si légère des forces, qui est le résultat de la péricardite simple, rapproche cette affection de la pleurésie aiguë simple avec laquelle elle offre d'ailleurs tant d'analogie.

Syncope. — Les phénomènes lipothymiques n'ont été observés que sur deux sujets offrant des complications graves : l'un eut deux syncopes au début; l'autre se trouvait dan un état voisin de la syncope, toutes les fois qu'il se tenait debout ou même à son séant. La même disposition existait pendant les pédiluves seulement chez un sujet observé par M. Louis, qui n'a rencontré ce phénomène dans aucun autre cas. La syncope n'a pas eu lieu plus fréquemment dans les faits cités par M. Bouillaud, et jamais dans des cas simples. C'est donc un symptôme qui n'appartient pas à la péricardite proprement dite, et que l'on peut attribuer avec autant de probabilité aux complications graves qui existent constamment lorsqu'il se manifeste (1).

Troubles de l'appareil digestif. — Chez tous les sujets, dès l'époque où ils furent observés et pendant une durée variable, la langue fut blanchâtre ou jaunâtre, sans rougeur ni sécheresse. En même temps la soif était vive et les malades buvaient deux pots de tisane en vingt-quatre heures. A part deux sujets qui conservèrent de l'appétit pendant les huit ou quinze premiers jours, l'anorexie fut plus ou moins complète dès le début. Le goût des alimens revenait à l'époque de la décroissance; une seule fois il y eut des vomissemens répétés qui étaient étrangers à la péricardite puisqu'ils survinrent à une époque avancée de la maladie et persistèrent après la guérison. Le ventre fut toujours souple et indolent. Deux individus eurent une diarrhée passagère, l'un au début, l'autre vers le milieu de l'affection. Dans les autres cas il y eut une constipation légère ou des évacuations naturelles.

Sécrétions et exhalations. — Urine. — L'abondance de l'urine fut toujours en rapport avec la quantité des boissons; l'émission en fut constamment facile.

Sueurs. — Deux fois il survint des sueurs assez copieuses sans qu'il y eût en même temps de modification notable dans les symptômes observés.

Menstrues. — Dans quatre cas l'écoulement menstruel eut lieu dans le cours de la maladie (du 7e au 30e jour après le début) : trois fois il apparut à l'époque ordinaire, une fois il la devança de dix jours; il fut précédé et accompagné des mêmes phénomènes que dans l'état de santé.

Dans tous les cas, l'écoulement fut moins abondant qu'il ne l'était habituellement. Une fois il ne fit qu'apparaître, et alors survinrent des douleurs hypogastriques qui se dissipèrent au bout de deux jours après une application de sangsues aux cuisses. Dans aucun cas, l'arrivée des règles ne modifia d'une manière appréciable les symptômes locaux de la péricardite, que celle-ci

(1) Louis, Mémoire cité. (1826.)

fût dans sa période d'accroissement ou de résolution. Une fois le flux menstruel ayant été très-abondant, il y eut un jour après sa cessation une exaspération marquée de tous les symptômes.

Enfin, chez une de nos malades les règles étaient suspendues depuis trois mois au début de la péricardite, et elles ne revinrent qu'après la guérison.

Phénomènes secondaires. — La diarrhée légère qui survint chez deux sujets, et une épistaxis peu abondante éprouvée par l'un d'eux, qui y était prédisposé, furent les seuls phénomènes secondaires que nous observâmes: ils survinrent dans deux cas compliqués, et justement dans ceux qui offrirent le mouvement fébrile le plus intense.

Dans les huit cas observés par M. Louis, auxquels j'ai souvent fait allusion, la fièvre était légère; il ne survint qu'un seul phénomène secondaire (c'était une diarrhée qui n'eut qu'une courte durée). Ainsi tous les faits viennent confirmer cette loi, que *dans les maladies, les symptômes ou lésions secondaires sont toujours en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile.*

(*La suite au prochain Numéro.*)

Notice sur la méthode simple, antiphlogistique, dans le traitement de la syphilis; par M. Devergie aîné, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Pour combattre les maladies, la thérapeutique générale admet trois moyens principaux.

Le premier consiste à susciter des actes perturbateurs de l'économie;

Le deuxième à produire une stimulation, à augmenter les forces vitales afin d'en obtenir une salutaire réaction;

Le troisième moyen diminue ces mêmes forces, et stupéfie l'action nerveuse pour empêcher, au contraire, toute réaction.

Ces trois moyens constituent trois méthodes distinctes de traitement: *la perturbatrice, la révulsive et l'antiphlogistique*, ou méthode simple et rationnelle.

1° *La méthode perturbatrice*, la moins sûre et la moins usitée, a été rarement employée seule: elle consiste à agir sur le lieu même de la maladie, par des moyens assez puissans pour s'opposer au développement des phénomènes morbides qui la constitueraient naturellement si l'on n'en arrêtait le cours dès le début. Les injections astringentes, employées dès la première apparition de l'urétrite, suivant les préceptes anglais, en sont un exemple frappant; la cautérisation des ulcères dans les premiers temps de leur formation, appartient aussi à la méthode perturbatrice.

Si, chez un certain nombre de malades, cette méthode a réussi à prévenir le développement des symptômes morbides, elle a, au contraire, chez un grand nombre, servi à leur donner plus d'intensité, et elle a provoqué des accidens fâcheux qui, sans elle, n'auraient pas eu lieu (1).

La méthode perturbatrice, dont un médecin expérimenté pourra quelquefois retirer quelques avantages, sera immanquablement la source de désordres graves, quand elle ne recevra pas une juste application. On ne peut se dissimuler qu'on joue toujours quitte ou double, en la mettant en pratique.

2° Dans le traitement de la syphilis, qui fait l'objet de cette notice, *la méthode révulsive* est la plus commune, la plus accréditée; elle l'a emporté sur les autres dans l'esprit de la majeure partie des praticiens. « C'est elle, dit M. Jourdan, que l'immense majorité des médecins a suivie depuis trois siècles, dans le traitement général des maladies vénériennes; c'est cette méthode qui a fait oublier presque totalement celles qu'employaient les Grecs, les Romains, les Arabes et les Arabistes, et les médecins du moyen âge; c'est elle qui a fait négliger le moyen local, et a introduit peu-à-peu les idées dominantes de spécificité dans la nature de la cause morbifique, de même que dans le mode d'action de certaines substances médicinales: c'est elle enfin qui a engendré, comme elle ne manque jamais de le faire quand on l'applique d'une manière purement empirique, une foule de maux dont on attribue ensuite le développement aux affections contre lesquelles on invoque son secours: envain les faits s'élevaient par milliers pour attester que le succès ne la couronne pas toujours, qu'elle est souvent insuffisante, qu'elle entraîne parfois même des inconvéniens et des dangers; qu'en particulier le mercure échoue dans une multitude de cas: rien ne pouvait vaincre une prévention d'autant plus obstinée, qu'elle croyait avoir pour elle l'appui de l'expérience, parce que ne pouvant se dissimuler les nombreux insuccès du traitement général, elle croyait les expliquer en déclarant qu'il avait été appliqué sans méthode, ou que les maladies contre lesquelles on y avait eu recours n'étaient pas vénériennes, malgré leur apparence.»

Avoir annoncé que la méthode révulsive consiste à stimuler et à augmenter les forces vitales pour obtenir une salutaire réaction, c'est avoir rappelé que les diverses substances, mercure, or, ammoniaque, sudorifiques, etc., regardées comme efficaces contre la syphilis, sont toutes du domaine de cette méthode. En effet, leur action immédiate sur l'économie prouve que ce n'est qu'en produisant une excitation plus ou moins vive qu'elles parviennent à guérir les maux contre lesquels elles sont administrées; résultat évidemment caractéristique du traitement révulsif dont cette simple réflexion nous dispense de citer ici des exemples particuliers.

La méthode révulsive a sans doute des avantages réels, mais il ne faut pas la rendre banale, comme elle

---

(1) Je puis citer pour exemple la plus grande partie des rétrécissemens du canal de l'urètre, qui doivent leur origine à l'emploi intempestif des injections astringentes.

ne l'a que trop été précédemment. Prodiguez les excitans, et en particulier le mercure dans le traitement de la syphilis, c'est suivre en aveugle l'impulsion de la routine; c'est abuser de moyens capables de rendre de grands services s'ils étaient employés avec discernement dans des circonstances opportunes. Il est actuellement constaté par l'expérience de beaucoup de médecins recommandables, qu'il ne faut recourir à ces moyens que dans les cas où la méthode antiphlogistique, quoique judicieusement employée, n'aurait pas réussi à opérer la guérison. Alors la ténacité du mal justifie l'intervention du mercure et des autres excitans, qui d'ailleurs, bien que relégués au second rang, ne doivent pas être bannis entièrement du traitement des affections vénériennes.

3° *La méthode antiphlogistique*, qui mérite à tant d'égards le titre de méthode simple ou rationnelle, consiste à traiter les symptômes locaux par tous les moyens les plus simples que l'hygiène et la médecine indiquent comme propres à calmer l'irritation, à enrayer, pour ainsi dire, son développement, et à en neutraliser l'influence sur l'organisme. On atteint ce but en diminuant les forces vitales; par là, en effet, on s'oppose aux réactions et à la modification morbide que le mal local peut étendre aux organes qui sympathisent le plus avec celui qu'il affecte.

Si l'introduction de la physiologie dans l'étude des maladies en général, n'a pas précisément donné naissance à la méthode antiphlogistique, du moins elle a servi à en constater la supériorité, cette science étant venue rectifier puissamment les erreurs accréditées en médecine. La syphilis, pour sa théorie et son traitement, n'est pas demeurée étrangère à cette heureuse influence.

Il y a déjà plusieurs siècles qu'on avait commencé par reconnaître que les accidens vénériens étaient de nature inflammatoire. Quelques médecins éclairés, sans chercher à préciser le caractère de cette inflammation, s'étaient empressés de laisser de côté le mercure; ils avaient guéri leurs malades en les soumettant au régime le plus sévère.

J'ai rappelé, dans ma *Clinique de la maladie syphilitique*, les travaux des médecins français et étrangers, qui depuis 1548 jusqu'en 1833, traitèrent les maux vénériens sans mercure, par le régime sévère et autres moyens simples et rationnels. Comme j'ai l'avantage de n'être pas non plus étranger à la propagation de la nouvelle méthode, je viens consigner ici les résultats que j'ai obtenus depuis 1819 jusqu'à ce jour, 1er septembre 1835.

Placé long-temps, par mon service militaire, dans des circonstances favorables à l'étude de la syphilis, j'en ai traité une foule de cas de 1804 à 1815. Je me trouvai très-souvent chargé en chef du service d'hôpitaux militaires où les vénériens abondaient. Elevé dans la croyance à un virus, si généralement répandue à l'époque de mes études, rencontrant partout en Allemagne, où je suis constamment resté de 1806 à 1813, la même doctrine professée avec assurance et mise en pratique, il ne m'a pas fallu peu de temps et de réflexion pour me convaincre que tous les maux effrayans que j'avais sans cesse sous les yeux étaient plutôt l'effet d'une médication intempestive que celui de la maladie même.

Pendant dix années que je vécus avec les mêmes hommes (la division des cuirassiers du général Nansouty), dont je connaissais les habitudes, le genre de vie, la tempérance ou les excès, je constatai que les accidens primitifs, principalement les chancres, se guérissaient souvent sans retour par les simples soins de propreté, aidés d'un peu de sobriété, et par les seules forces de la nature, chez certains militaires qui nous cachaient leur situation, tandis que d'un autre côté, leurs camarades, plus dociles aux prescriptions médicales, n'étaient pas toujours préservés des accidens consécutifs par des traitemens en règle. Ces faits n'étaient pas perdus pour mon instruction. Depuis 1808, mais surtout depuis 1811 (1), époque de mes relations avec le docteur Girardot, j'avais obtenu des cures rapides et certaines dans le traitement des symptômes secondaires, soit par les sudorifiques mis en usage conjointement avec un régime très-sévère, soit par ce dernier moyen seul chez les sujets qui avaient assez de résolution et de bonne volonté pour s'astreindre à une nourriture végétale très-peu abondante.

Lorsque je fus, à la fin de 1814, attaché au Val-de-Grace en qualité de chirurgien-major, je désirai vivement de faire des tentatives pour arriver au même résultat dans la cure des symptômes vénériens récens, en renonçant à l'emploi des mercuriaux. Les principes mis en avant dans les ouvrages qui venaient d'être publiés sur ce sujet, et si concordans avec les faits que j'avais observés, m'étaient garans que je réussirais; mais plus d'un obstacle s'opposait à ce que je fisse commodément,

---

(1) De 1807 à septembre 1811, je fus à même de recueillir avec fruit un grand nombre d'observations sur la syphilis. Attaché pendant ce temps au neuvième régiment de cuirassiers, en qualité de chirurgien aide-major, je dus à l'amitié de M. Dumoustier, chirurgien-major du régiment, d'être chargé presque exclusivement du service des hôpitaux temporaires formés dans nos cantonnemens; établissemens dus à la sollicitude vraiment paternelle du colonel du régiment, M. Paultre de la Motte. Le service en était tellement bien disposé en sous-officiers et soldats, en infirmiers, médicamens, etc., qu'en quatre à cinq jours au plus, un hôpital de quarante, soixante et même cent malades, suivant le besoin, en un ou deux locaux, se trouvait facilement organisé à chaque changement de cantonnement, dans des pays (Prusse, Hanovre, Autriche), où les fournitures se faisaient en partie par réquisition. J'étudiais alors conjointement les différens traitemens les plus préconisés à cette époque, mercuriels ou autres. Si notre estimable colonel, guidé par une philantropie éclairée, trouvait dans cette institution d'hôpitaux régimentaires l'avantage précieux de conserver la discipline militaire, l'esprit de corps parmi ses soldats, moi j'y puisai une instruction difficile à acquérir dans les temps de guerre, surtout dans les régimens de cavalerie, presque toujours cantonnés loin des grandes villes.

dans le service des vénériens, les essais que j'avais tant à cœur. Là, comme partout ailleurs, le mercure sous trois formes, onguent, liqueur et pilules, formait en général le traitement des affections primitives : médecins et malades se montraient tous persuadés que ce métal était le seul et unique remède contre les affections dont je viens de parler : proposer ouvertement une réforme, c'eût été faire crier anathème sur moi ; c'eût été effaroucher des oreilles fermées pour toujours aux nouvelles idées sur la syphilis, malgré l'évidence que leur donnait le développement successif de la doctrine physiologique. Il fallait donc agir avec réserve et presque secrètement.

Néanmoins, à partir de 1819 jusqu'au mois d'avril 1825, époque où je quittai la division des vénériens, à laquelle j'étais attaché en qualité de chirurgien-major suppléant, secondé par la plupart des élèves de l'établissement, j'eus plusieurs occasions d'introduire en toute liberté, dans le traitement de cette classe de malades, les améliorations indiquées par l'expérience et le raisonnement. Ceux qui, déjà victimes des effets du mercure, répugnaient à en prendre de nouveau quand des symptômes nouvellement contractés les ramenaient à l'hôpital, tombaient naturellement dans mon domaine. Quant à ceux qui étaient persuadés que le mercure était le véritable spécifique, j'abordais les frictions mercurielles à petites doses (un gros tous les deux ou trois jours), après que la période d'acuité était entièrement terminée. Déjà le régime nutritif peu abondant, les saignées locales et le repos avaient opéré une modification importante ; le temps s'écoulait, la guérison s'avançait, et sept ou huit gros d'onguent mercuriel en frictions avaient suffi sur ces militaires pour les mettre en état de sortir de l'hôpital après trente ou trente-cinq jours de séjour. Ceux, au contraire, qui étaient soumis au traitement mercuriel ordinaire, employaient de quatre à cinq onces d'onguent, sans compter les pilules de Belloste prises dans les intervalles des frictions, et ne quittaient l'hôpital qu'après cinquante-cinq à soixante jours. Quand les malades se laissaient diriger sans s'inquiéter du mode de traitement, je supprimais complètement les préparations mercurielles, et je n'en arrivais pas moins au même but, je veux dire celui de guérir beaucoup plus vite que par la méthode ordinaire. Parfaitement éclairé par tant d'observations qui concordaient avec celles que m'offrait aussi ma pratique civile, je ne doutai plus aucunement que *la syphilis récente* ne pût aussi se guérir par un traitement simple et rationnel. J'osai donc, en 1824, dans les conférences que je faisais aux élèves de l'hôpital, aborder avec assurance les difficultés qu'offraient l'historique de la syphilis, son mode de contagion, et les modifications considérables que la médecine moderne introduisait dans son traitement, jusqu'alors tout empirique et routinier. Dès ce moment le mercure n'eut plus qu'un rôle secondaire dans ma pratique en ville ; bientôt j'y renonçai presqu'entièrement, pour ne plus traiter mes malades que par la méthode antiphlogistique.

Cette méthode m'a procuré plusieurs avantages réels : 1° d'étudier les symptômes divers que présente la syphilis, encore vierge de tout traitement mercuriel ; 2° d'apprécier la marche et la durée de chacun des symptômes, soit primitifs, soit consécutifs ; 3° de distinguer les accidens engendrés par l'emploi abusif du mercure ou des autres excitans, qui, par leur action trop énergique sur l'économie, changent, dénaturent ou compliquent tellement les maux vénériens, qu'ils dégénèrent alors en ce que les Anglais appellent la *pseudo-syphilis ;* 4° d'apprendre que les récidives, ou le développement des symptômes consécutifs, sont beaucoup moins fréquens et surtout moins graves après le traitement qu'à la suite du traitement par le mercure. Ces documens, fruits de mes observations, sont entièrement confirmés par les écrits récens des médecins syphiliographes modernes français et étrangers.

J'ai traité de janvier 1815 à septembre 1835, à Paris, en ville et aux hôpitaux, plus de 6,000 vénériens ; je les ai divisés en trois époques.

1re Malades traités de 1815 à 1830 (en ville et au Val-de-Grace).	1,402
2e—du 15 juin 1831 au 1er septembre 1832 (Val-de-Grace).	2,000
3e—du 1er août 1833 au 1er septembre 1835 (Gros-Caillou).	1,910
—de 1830 au 1er septembre 1835 (en ville) environ.	800

J'ai établi cette division afin de mieux apprécier la différence qui existe dans le temps employé pour le traitement, et surtout dans le nombre et la gravité des affections consécutives, beaucoup plus considérables dans la première période que dans les trois autres, époque à laquelle le traitement mercuriel général était suivi avec plus de persévérance et de ténacité qu'on ne l'a fait actuellement.

Première époque, de 1815 à 1830. — J'ai traité au Val-de-Grace et en ville, par les traitemens simples et mercuriels modifiés, 1,402 malades ; mais les notes relatives à 294 se trouvent en partie égarées et en partie inexactes, je n'en ferai figurer ici que 1,108, qui se répartissent de la manière suivante :

Urétrites, balanites, vaginites.	248
Val-de-Grace, de 1819 *à* 1825.	
Accidens primitifs, secondaires et consécutifs traités par l'usage modéré du mercure.	229
Accidens primitifs traités sans mercure.	90
Accidens consécutifs, mercuriels et chroniques.	118
Pratique civile, de 1819 *à juillet* 1830.	
Accidens primitifs.	306
Accidens consécutifs, mercuriels et chroniques.	117
TOTAL GÉNÉRAL.	1,108

Ces 1,108 vénériens ont présenté 1428 symptômes et 67 complications organiques.

Système muqueux.	Sympt.	368
cutané.		779
glandulaire.		229
osseux.		36
fibreux.		16
Complications organiques.		67

Le 248 urétrites, balanites et vaginites, ont presque toutes été traitées en ville; 24 étaient légères, 137 aiguës, et 87 compliquées d'orchites, de phimosis, de paraphimosis, d'adénites, d'ophthalmies, d'irritations viscérales et de 21 rétrécissemens.

D'après la déclaration des malades, ces accidens ont été contractés avec :

1° Femmes suspectes, 61 ; 2° femmes mariées et filles non suspectes, 166 ; 3° femmes enceintes, 8. Sur les 166 femmes mariées et filles non suspectes, 112 avaient des fleurs blanches plus ou moins abondantes, et 54 leurs menstrues.

Des ulcères simples, compliqués ou phagédéniques, et des adénites simples ou doubles, 172 ont été guéris par le traitement mercuriel modifié, et 321 par le traitement simple.

La durée moyenne du traitement ne peut être indiquée d'une manière précise, la plupart des malades ne s'astreignant pas complètement au régime prescrit, et continuant de vaquer à leurs affaires. Cependant la durée du traitement a été beaucoup plus courte, elle a varié de 30 à 35 ou 40 jours (souvent elle n'a été que de 25 à 30 jours, tandis que par le traitement mercuriel ordinaire, soit à l'hôpital, soit en ville, elle variait de 30 à 60 jours, comme le constatent les mouvemens de 1824.)

Les symptômes consécutifs chroniques et mercuriels, (367) ont consisté :

1° En 13 ulcérations chroniques, rongeantes ou carcinomateuses du pénis, dont deux ont nécessité l'amputation de la verge.

2° En 14 ulcérations chroniques profondes du pli de l'aine, suite d'adénites abcédées.

3° En 8 ulcérations anciennes des ailes du nez et de la lèvre supérieure.

4° En 54 ulcérations amygdalo-palato-pharyngiennes.

5° En 47 ulcérations aux fosses nasales, à la peau, à l'anus, etc.

6° En 61 végétations au pénis, à l'anus et à la langue.

7° En 51 adénites axillaires, inguinales et cervicales.

8° En 60 syphilides pustuleuses, partielles ou générales.

9° En 39 périostoses, exostoses, douleurs ostéocopes.

10° En 13 caries frontales, sternales, nasales et autres.

11° En 7 alopécies, tubercules, concrétions cornéiformes, etc.

132 de ces maladies ont été soumises au traitement mercuriel modifié.

Le régime sévère, non stimulant, suivi aussi exactement que possible par la plus grande partie des malades, a singulièrement abrégé la durée du traitement. Il a varié, pour le plus grand nombre, de 30 à 50 jours, pour quelques-uns de 2 à 3 mois ; plusieurs mois pour les caries. La durée moyenne du traitement mercuriel pour ces symptômes, était précédemment de 85 à 90 ou 100 jours, et souvent plus long-temps encore, des années même.

Deuxième époque. — Du 15 juin 1831 au 1er septembre 1832, j'ai traité, au Val-de-Grace, deux mille vénériens. Je ne présenterai ici que le résultat d'observations recueillies sur 1380, pour deux causes principales. La première a été l'épidémie désastreuse du choléra, qui a nécessité l'évacuation des vénériens sur d'autres hôpitaux militaires ou régimentaires, pour convertir mes salles en service de fiévreux et de cholériques. La deuxième cause a été une longue et grave maladie qui, pendant plus de six mois, me força d'interrompre mon service et mes travaux habituels. Cette double circonstance m'a empêché de compléter et de coordonner mes notes éparses (1).

Ces 1380 malades ont offert 1824 symptômes réputés syphilitiques, sans y comprendre les complications organiques, telles que fièvres intermittentes, gastrites, entérites, gastro-entérites, varioles, varicelles, rhumatismes, céphalalgies, ictères, etc., etc.

Ces 1824 symptômes se répartissaient de la manière suivante :

Système muqueux.	547	symptômes.
cutané.	783	
ganglionaire et glandulaire.	490	
osseux.	1	
fibreux.	3	

Les 1380 malades peuvent se classer ainsi :

	hommes.	jours.
1° *Balanites, posthites, balano-posthites.*	31	17
2° *Urétrites simples ou aiguës.*	244	26
chroniques avec ou sans rétréciss.	15	45
compliq. de phimosis, balanites, paraphimosis et ophthalmies.	12	36
3° *Paraphimosis* simples ou ulcérés.	19	20
compliq. d'urétrites, d'adénites.	6	27
d'ulcères, d'adénites.	1	120
4° *Orchites* simples.	64	24
5° *Ulcères au pénis.* Seuls ou multiples.	297	23
compliq. d'adénites.	97	36
de balanites, phymosis.	52	47
d'adénites, urétrites, phlébites, etc.	24	42

(1) J'avais dans des tableaux groupé les symptômes par un, par deux, trois ou quatre, suivant leurs complications, afin de faire mieux apprécier la durée du traitement. Les difficultés d'impression pour les grands tableaux m'ont forcé de renoncer à cette exécution.

	hommes.	jours.
6° *Adénites* aiguës, suppurées ou chroniques.	297	33
compliq. de balanites, urétrites, ulcères, etc.	35	40
7° *Végétations au pénis.*	12	26
compliq. d'urétrite, ulcères, adénites.	27	39
à l'anus, rhagades et fissures.	49	31
8° *Pustules au scrotum.*	6	24
9° *Syphilides, dartres, éruptions.*	10	33
compl. d'ulcèr. au pénis, posthites, adénites, végétations, urétrites.	20	49
10° *Ulcérations amygdalo-pharingiennes.*	18	27
compliq. de rhagades, fissures.	6	37
de pustules au scrotum, urétrites.	3	38
11° *Douleurs ostéocopes,* périostoses, exostoses.	3	45

Le traitement simple et diététique a été suivi pour tous, aux exceptions suivantes :

71 ont employé le sirop dépuratif amer sans addition et la tisane sudorifique.

6 la tisane de Feltz ou l'eau de Pollini.

10 les préparations mercurielles tels que le proto-iodure, la liqueur à doses fractionnées.

3 atteints d'adénites ou de chancres ont succombé, deux à la suite de varioles confluentes, et un d'une gastro-entéro-céphalite.

Troisième époque. — Du 1er août au 1er septembre 1835, 1910 malades. J'ai pris le service de la première division des vénériens à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, le 1er août 1833, et j'y ai suivi le même mode de traitement qu'au Val-de-Grace : j'en offre ici le résultat.

Ces 1910 vénériens ont présenté 2276 symptômes et 244 complications, répartis de la manière suivante :

Système muqueux.	794
cutané.	895
glandulaire et ganglionaire.	593
fibreux.	6
osseux.	1
Complications organiques diverses.	244

Classification des 1910 *vénériens.*

	hommes.	jours.
1° *Balanites, posthites et postho-balanites.*	26	14
compliquées de fièvre, gastrite etc.	6	32
2° *Urétrites* simples.	128	19
aiguës.	224	29
chroniques avec ou sans rétrécissem.	107	58
chroniq. compliq. d'adénites, amygdalites, pustules, cystites, stomatites, fièvres, végétations, phimosis, rhumatisme et érysipèle.	89	57
compliq. d'orchites aiguës.	69	34
chroniques.	36	57
doubles.	5	38
3° *Orchites* chroniq. seules ou compliquées.	18	44
4° *Ulcères* au pénis simples ou multiples.	347	27
indurés.	33	52
phagédéniques.	26	60
compliqués d'adénite et gangrène.	1	120
d'urétrites.	49	35
d'adénites aiguës.	76	34
d'adénites suppurées.	29	67
d'adénites chroniques.	37	59
de phimosis.	32	58
d'orchites, balanites, végétations, dartres, ictère, rhagades, etc.	74	39
5° *Adénites* suppurées.	92	56
aiguës.	53	29
indurées.	75	56
squirrheuses.	6	67
compliq. d'érysipèles, rhagades, fissures, ophthalmies, amygdalites, gangrène du scrotum, fièvre, etc.	43	69
6° *Paraphimosis* simples et ulcérés.	14	26
7° *Pustules* au scrotum.	2	30
8° *Végétations* au pénis.	31	32
compliq. de syphilides, rhagades, etc.	4	64
à l'anus et rhagades, condylômes.	45	43
compliq. d'amygdalites, gastro-entérites, etc.	33	60
9° *Ulcérations* nasales, ailes du nez et lèvres.	2	146
amygdalo-pharyngiennes.	12	39
compliq. de gastrite, pustules, fièvre.	12	60
10° *Syphilides*, dartres, etc.	23	54
compliq. de rhagades, amygdalites, scrofules, urétrites.	13	59
11° *Périostoses*, douleurs ostéocopes, exostoses.	6	53
12° *Fissures* non vénériennes.	2	30
Sept morts à la suite de :		
Deux affections typhoïdes et ulcères au pénis.	2	64
Deux gastro-entérites avec gangrène du scrotum, urétrite.	1	132
Une arthrite générale avec soudure et carie de l'artic. coxo-fémorale, suite d'urétrite.	1	81
Une mort subite; apoplexie, quatre tubercules squirheux cérébraux.	1	31
Un abcès iléo-lombaire, gastro-colite, ptyalisme grave, suite du traitement mercuriel par liqueur en frictions chez un faible sujet atteint d'adénite sous-aponévrotique.	1	71

74 ont employé le sirop dépuratif amer et la tisane sudorifique sans addition.

14 le sirop avec le proto-iodure de mercure.

4 les bains avec le deuto-chlorure de mercure et le sirop dépuratif.

1 les frictions mercurielles et la liqueur sans succès, pour des végétations volumineuses.

La durée du séjour, comparée à celle de la deuxième époque, est en général plus longue pour tous les symptômes. Je l'attribue aux causes suivantes :

1° A l'humidité de deux salles (80 lits) qui, en hiver

et en automne, fait naître des complications organiques assez nombreuses.

2° A l'obligation pour les malades de traverser en toute saison une cour à grand courant d'air, pour se rendre aux lieux d'aisance; ce qu'ils font sans précaution et souvent les jambes et le col nus; d'où les irritations fréquentes de poitrine en automne et en hiver.

3° A un assez grand nombre de vénériens envoyés des ambulances régimentaires, après un traitement sans succès de 25 à 35 jours, pendant lequel les symptômes s'aggravent.

4° Au supplément d'alimentation que les malades se procurent souvent par les infirmiers, qui (au Gros-Caillou) ne sont pas nourris au réfectoire et soumis à la même discipline qu'au Val-de-Grace; ou par d'autres moyens, malgré la surveillance exercée par l'administration.

5° A l'aggravation des symptômes chez soixante-seize malades atteints de chancres et adénites, de pustules, etc., soumis pendant cinq semaines au traitement mercuriel général, par les liqueurs et frictions, comme le constate le relevé des cahiers.

En ville, j'ai donné des soins à environ huit cents malades atteints des symptômes variés de syphilis. Il m'a été impossible de tenir des notes exactes sur chaque malade. Voici le résultat général de mes observations.

1° Un assez grand nombre d'urétrites aiguës, environ. 350

2° Beaucoup d'urétrites chroniques entretenues par des indurations et rétrécissemens d'un ou de plusieurs points du canal de l'urètre, suite de l'emploi d'injections astringentes; toutes traitées par la cautérisation alternée avec la dilatation, et en dernier lieu, par le cathétérisme forcé d'après la méthode de M. Mayor, qui offre pour les malades un avantage immense sur la cautérisation. 110

3° Des ulcères du pénis seuls ou multiples, de phimosis, d'adénites, environ. 100

4° Des accidens consécutifs, tels que, ulcérations amygdalo-naso-pharyngiennes, syphilides, végétations au pénis et à l'anus, ulcères serpigineux, caries frontales, nasales, exostoses, périostoses et douleurs ostéocopes, alopécies, etc., environ. 200

Presque tous ces accidens consécutifs avaient déjà été traités par les mercuriaux plus ou moins prodigués sous diverses formes, la plupart ne devaient leur existence qu'à l'abus fait de ces préparations sur des constitutions excitables. Aussi ai-je souvent été consulté pour des affections graves et difficiles à guérir et dans lesquelles plusieurs systèmes d'organes étaient compromis. J'en ai cité les observations les plus remarquables dans ma clinique de la maladie syphilitique.

La base de mon traitement a été l'emploi de mon sirop dépuratif chaque fois que le traitement simple et végétal, après avoir modifié avantageusement l'économie, n'amenait pas la guérison chez les malades qui voulaient faire marcher de front leur traitement, leurs affaires, les obligations de la société et souvent leurs plaisirs. Ces cures ont souvent été difficiles à obtenir, et le traitement a duré de cinq à six mois pour la plupart, et a dépassé ce temps pour plusieurs.

Dans les cas exceptionnels, j'ai employé avec succès le rob de Laffecteur, le proto-iodure de mercure, quelques préparations aurifères, les tisanes d'Arnout, de Zittmann, le traitement de Dzondi par le sublimé; mais le moyen qui m'a réussi par excellence dans le traitement des maladies des os, a été la décoction de Pollini, dont je ne saurais trop louer l'efficacité.

État comparatif des trois époques de 1815 *à* 1835. — *Symptômes consécutifs, chroniques ou mercuriels.*

Si l'on jette un coup-d'œil sur ces trois époques, et que l'on compare avec un peu d'attention les symptômes consécutifs chroniques ou mercuriels, on sera frappé du résulat avantageux que les modifications apportées dans le traitement de ces maladies ont produit en aussi peu d'années. En effet, la première période offre un tableau de 367 affections consécutives, graves et chroniques, dégénérées, sur 1108 vénériens, consistant en 203 altérations du système cutané caractérisées par des végétations volumineuses, des ulcérations serpigineuses, cancéreuses, de la verge, de la peau, des lèvres, des ailes du nez, du pli de l'aine, du col, etc.

En 7 altérations du tissu de la langue.

En 54 ulcérations du tissu muqueux de la bouche, du voile du palais, etc.

En 51 altérations du tissu glandulaire ou ganglionaire.

En 52 altérations des tissus osseux et fibreux, caractérisées par des caries frontales, nasales, sternales, nécroses, des périostoses, douleurs ostéocopes, etc.

L'examen des mêmes symptômes compris dans la deuxième époque de juin 1831 au 1er avril 1832, offre une différence tellement remarquable, qu'on aurait lieu d'en être surpris si on ne savait que les travaux publiés en France depuis 1825, par MM. Broussais, Jourdan, Richond, Desruelles, Dubled, Lefevre, Ratier, Cullerier et moi, avaient déjà produit un changement notable dans la thérapeutique de la syphilis, en modifiant la pratique des médecins chargés du traitement des vénériens, et que les écrits des médecins étrangers avaient également confirmés.

Ainsi nous ne trouvons plus sur 1380 que 149 affections consécutives consistant en :

122 affections du système cutané, telles que végétations, rhagades, syphilides, dartres, etc.
24 altérations du tissu muqueux, telles que ulcérations, amygdalo-naso-pharyngiennes, etc.
3 affections des tissus osseux et fibreux.

——

149

Les mêmes proportions se font remarquer dans la troisième époque sur les malades traités aux hôpitaux. Ainsi on ne rencontre plus que 174 affections consécutives sur 1910 malades. Savoir :

142 affections de la peau, consistant en végétations, rhagades, syphilides, dartres, éruptions multiformes, etc.
25 affections des muqueuses bucco-palato-pharyngiennes.
7 affections des systèmes osseux et fibreux, telles que douleurs ostéocopes, périostoses, et une seule exostose.

174

Quoique j'aie porté à 149 et à 174 le nombre des affections consécutives des deuxième et troisième époques, il y aurait une déduction assez considérable à faire, car il existe des végétations qu'on doit regarder comme primitives, des rhagades qui surviennent à la marge de l'anus sans être entachées de syphilis, sur des hommes qui n'ont jamais cohabité avec des femmes. De plus, j'ai compris dans les syphilides toutes les éruptions multiformes renvoyées à tort dans le service des vénériens, quand on ne sait à quelles causes les rattacher, et qui cèdent facilement aux moyens ordinaires (1).

Cette proposition minime des affections consécutives est en rapport direct avec les résultats indiqués plus loin, et se rapporte avec celles obtenues par nos confrères de l'étranger chargés du traitement des vénériens, et qui ont adopté la méthode simple.

(La suite au prochain Numéro.)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De la dystocie déterminée par l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus ; par Fr. J. Nægele (2).

Dans la plupart des ouvrages d'accouchemens, on compte, au nombre des obstacles à la parturition, l'occlusion de l'orifice externe de l'utérus produite par des callosités, des indurations squirrheuses, ou bien par des cicatrices. Dans cette complication, les auteurs se sont presque tous réunis à recommander l'incision de l'orifice comme le seul moyen pour terminer l'accouchement. Cette opération sanglante a été souvent nécessaire; mais elle n'est pas indispensable, et d'autres moyens plus doux suffisent dans les cas où l'occlusion de l'orifice utérin est déterminée par une agglutination organique de l'orifice externe de l'utérus. Ce dernier accident se présente chez les femmes primipares, comme chez celles qui sont multipares; il survient dans cet intervalle de temps qui sépare la conception de l'accouchement. L'orifice et les parties voisines n'offrent alors aucune trace d'induration, de rigidité et de déformation. L'agglutination de l'orifice utérin est complète ou incomplète. Les bords de l'orifice sont réunis par une pseudo-membrane s'étendant d'un côté à l'autre, ou par un tissu filamenteux plus ou moins épais, mais cependant toujours assez ferme pour résister aux contractions. Cet état peut porter à croire que l'orifice manque entièrement, ou bien qu'il n'en existe que quelques traces, car l'écoulement des eaux de l'amnios n'est pas toujours empêché.

Cette agglutination de l'orifice utérin est une complication rare; on en trouve peu d'exemples dans les auteurs; mais peut-être la rareté des observations tient-elle à ce que les divers degrés de cette agglutination ont échappé aux médecins, surtout dans les cas où la nature a triomphé de l'accident, et où les secours de l'art n'ont pas été nécessaires. Parmi les écrivains, qui ont considéré l'occlusion de l'orifice utérin comme une cause de dystocie, Plenck doit être cité. Il attribue cette complication à une déchirure préexistante et à l'ulcération de l'orifice, et recommande de lever cet obstacle avec l'instrument tranchant. Mme Lachapelle a mieux apprécié cet état de choses, comme on peut s'en convaincre dans le passage suivant: « Nous avons vu quelquefois, dit cette célèbre sage-femme, sans déviation, ce même orifice externe ou vaginal, en quelque sorte obturé par des mucosités gélatineuses et épaisses, se dissimuler aux recherches de l'accoucheur. Nous l'avons vu alors assez fortement agglutiné pour ne s'ouvrir et ne se dilater qu'après de vives et de longues douleurs, et après un amincissement excessif des parois environnantes, de telle sorte qu'au premier abord on eût pu croire que les membranes de l'œuf séparaient seules des doigts de l'accoucheur la tête du fœtus. » Kittel et de Ziegler ont également connu cette agglutination, de l'orifice utérin. De Ziegler ne paraît pas avoir eu une idée fort exacte de cette complication, lorsqu'il avance que l'instrument tranchant est le seul moyen d'obtenir la curation radicale de cette occlusion de l'orifice.

On doit soupçonner l'existence de cet accident, lorsque, dès le commencement du travail de l'enfantement, le segment inférieur descend profondément dans l'excavation pelvienne et n'offre aucune trace de l'orifice, ou lorsque l'orifice se présente sous la forme d'un pli ou d'un creux un peu déprimé à son centre, et ne correspondant pas le plus souvent à l'axe du bassin. A mesure que les contractions utérines prennent plus d'énergie, le segment inférieur de l'utérus est poussé dans l'excavation et s'amincit à un tel degré, qu'à la première exploration on croirait qu'il n'y a que les membranes de l'œuf qui séparent le doigt explorateur de la tête du fœtus. Malgré la violence des douleurs,

(1) Dans les relevés prochains j'aurai soin de noter avec exactitude les symptômes dits consécutifs qu'il faut distraire de cette classe.

(2) *Mogostocia è conglutinatione orificii uteri externi. Commentatio in Universitate Heidelberg, scripsit* Hermann Franc. J. Nægele. 1835. C'est-à-dire, *de la Mogostocie dépendant de l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus, etc.* — L'importance du sujet traité dans cette dissertation nous oblige d'en donner ici la traduction presque complète. Ce travail est un nouveau titre pour le nom du célèbre professeur à l'Université de Heidelberg.

l'orifice de l'utérus n'est pas seulement étroitement fermé, mais encore quelquefois il paraît s'élever davantage et se porter latéralement. Après de violentes douleurs et au milieu de l'abattement et de l'épuisement des forces de la femme, l'orifice peut s'ouvrir par les efforts de la nature où à l'aide des ressources de l'art. Mais si la nature ne peut vaincre l'obstacle, ou si l'art n'intervient pas, il survient une rupture de la matrice, ou bien une paralysie qui n'offre pas moins de dangers. Une fois que l'obstacle a été surmonté, le plus souvent, si la femme a conservé ses forces, la dilatation peut être abandonnée à la nature. Elle est encore favorisée par l'écoulement de l'eau amniotique, s'il n'a pas encore eu lieu.

On se demandera comment cette agglutination de l'orifice se produit. On peut en attribuer la formation à l'inflammation qui s'est développée sous l'influence d'une disposition particulière du col utérin ou de causes irritantes. Dans quelques cas d'occlusion, il y a eu prolapsus du vagin et écoulement de fleurs blanches. Dans ces divers états, l'inflammation a pu se former : dans d'autres cas, l'inflammation est passée à l'état d'ulcération, à la suite de laquelle il y a eu agglutination du rebord de l'orifice. Dans d'autres cas l'ulcération n'a pas eu lieu, mais l'inflammation a produit une sécrétion de lymphe plastique qui, en réunissant le rebord de l'orifice, s'est organisée. Il n'est pas toujours possible de constater l'existence de cette inflammation, soit parce qu'elle n'est pas assez intense pour se révéler au dehors, soit parce que les femmes négligent de tenir compte des faibles douleurs qu'elles éprouvent.

Le tissu pseudo-membraneux et fibreux qui constitue l'agglutination est semblable à cette matière qui sert de moyen d'union entre le placenta et la matrice, les poumons avec la plèvre costale et les intestins entr'eux, ou avec la paroi abdominale lorsque l'inflammation se termine par adhérence. On ne peut pas préciser à quelle époque l'agglutination de l'orifice commence à s'opérer. Il est vraisemblable qu'elle a lieu après la conception Dans un cas que nous rapporterons, l'orifice était encore ouvert six semaines avant l'accouchement. L'agglutination paraît avoir été observée par Bartholin, dès les premiers mois de la grossesse. La femme, au terme de cinq mois, fut affectée d'une paralysie de la moitié inférieure du corps, depuis les hanches jusqu'aux pieds ; comme on n'avait aucun espoir de sauver la mère, le médecin essaya de faire l'extraction du fœtus, mais il ne put pénétrer dans la matrice, malgré tous les efforts qu'il fit pour y parvenir. Après la mort de la femme et à l'ouverture du cadavre, on découvrit l'orifice utérin étroitement fermé.

On distingue l'agglutination de l'orifice utérin, de l'occlusion de ce canal, lorsque le col a contracté des adhérences avec la paroi postérieure du vagin, en se rappelant que, dans ce dernier cas, l'orifice ne se rencontre pas sur la partie de l'utérus poussée dans l'excavation. Les traces d'une inflammation, d'ulcérations, des cicatrices, des indurations, etc., l'écoulement des eaux, qui ne peut se faire dans les conditions de l'adhérence du col avec le vagin, doivent encore servir à éclairer le diagnostic.

On ne peut pas confondre l'agglutination du col avec sa coarctation, formée par des cicatrices, par des squirrhosités ; car il se rencontre alors, soit à l'orifice, soit dans les parties environnantes, des traces de la maladie qui les a produites. La réunion des parois du vagin entr'elles ne peut pas être prise pour l'agglutination du col utérin. Le raccourcissement du canal vaginal, qu'on observe dans cette complication, ne permet pas la méprise. Il peut arriver que la partie de l'utérus fortement tendue et poussée dans l'excavation soit prise pour les membranes de l'œuf distendues par les eaux de l'amnios ou par la tête même du fœtus ; mais cette erreur peut être évitée, si on apporte des soins dans l'exploration ; car après l'écoulement des eaux, on découvre toujours les traces de l'orifice ; si les eaux ne sont pas écoulées et si l'orifice est dilaté, on doit rencontrer les rebords de cet orifice.

L'agglutination diffère de la coarctation spasmodique de l'orifice, par la rigidité et la douleur dont cette partie est le siége dans ce dernier état, et par la possibilité d'introduire le doigt dans le col à travers la dilatation plus ou moins grande qu'il offre.

Le pronostic n'est pas fâcheux si l'agglutination du col n'est pas méconnue, et lorsqu'elle est traitée rationnellement. Ce pronostic est justifié par de nombreuses observations. Il est seulement à craindre qu'après l'épuisement des forces de la mère, l'art ne soit obligé d'intervenir à la suite de la dilatation de l'orifice, pour terminer l'accouchement. Le pronostic est incertain si on néglige toute espèce de traitement. Nous ne pouvons pas savoir ce qu'il faut attendre de la nature pour vaincre l'obstacle. Alors nous devons redouter la rupture, non de la trame qui oblitère l'orifice, mais bien d'une autre partie de la matrice, et enfin la paralysie de cet organe.

La curation de l'agglutination de l'orifice utérin n'a présenté aucune difficulté dans le plus grand nombre des observations. A l'aide du doigt ou d'un instrument obtus, comme d'une sonde de femme conduite avec le doigt dans le vagin, la membrane a été facilement rompue sans inconvénient pour la femme, par la seule pression exercée sur elle. Le plus souvent, pendant l'opération, quelques gouttes de sang ont paru, comme pour démontrer que la trame organique avait été détruite. Le doigt doit être préféré à l'instrument, et on ne doit point craindre alors de déchirer les membranes de l'œuf. Si le doigt ne suffit pas pour lever l'obstacle, on doit attendre peu de secours de l'instrument obtus.

Ce mode de traitement mérite la préférence sur l'incision qu'on a tant recommandée. Cette dernière opération, faite par une main habile, et avec toutes les précautions possibles, n'est pas sans danger. L'expérience nous a appris assez souvent que la matrice ne supporte pas impunément des lésions. Nous aurons d'autres périls à redouter, si l'incision est pratiquée par une main moins exercée. N'est-il pas aussi possi-

ble que la tête du fœtus soit exposée à être blessée à la suite de la déchirure des membranes, et lorsque la tête est poussée tout-à-coup sur l'instrument par la violence des douleurs?

Quant à la question de savoir pourquoi cette agglutination de l'orifice utérin, qui cède le plus souvent à la pression du doigt, peut résister à la violence de fortes douleurs, elle doit être abandonnée pour sa solution aux accoucheurs (1).

Les observations qui suivent servent à confirmer les préceptes qui viennent d'être exposés. Elles sont la plupart inconnues en France, et méritent par leur importance de recevoir ici la publicité.

R.... W....., âgée de 38 ans, douée d'une bonne constitution, était arrivée à sa troisième grossesse, lorsqu'elle fut reçue, année 1825, dans l'hôpital d'Accouchemens d'Heidelberg. Elle rapporta qu'elle était accouchée heureusement de son premier enfant huit ans auparavant, et que, trois ans avant, elle avait mis au monde son second enfant avec beaucoup de difficultés, et non sans avoir eu recours aux secours de l'art. Depuis cette dernière époque, elle avait été régulièrement réglée. L'exploration fit reconnaître un prolapsus de la paroi droite du vagin, qui datait de ce dernier accouchement: l'orifice utérin répondait à la symphyse des os pubis, et manquait de lèvres, ce qui le mettait dans les mêmes conditions qu'on observe chez les primipares. Parvenue au terme de sa grossesse, elle entra en travail le 10 novembre au soir. Les eaux s'étaient écoulées la veille, sans douleurs. Les contractions utérines continuèrent toute la nuit et le jour suivant, et malgré leur force et leur violence, l'orifice utérin conserva les mêmes dispositions qu'il avait la veille et le jour précédent. Il était dirigé en arrière et à gauche, et n'offrait aucune trace de lèvres. On trouvait seulement une ouverture légèrement transversale, entourée d'un rebord lisse et peu résistant. La mère ne sentait point les mouvemens de l'enfant, et de temps en temps il s'écoulait du vagin un liquide verdâtre. La nuit suivante, les douleurs cessèrent presque entièrement, et la patiente se livra au repos. Le 12 novembre dans la matinée, les choses étaient dans le même état; les parties génitales n'étaient pas douloureuses. Après-midi les contractions utérines se réveillèrent et prirent plus d'énergie. En voulant apprécier la résistance du col utérin, on déprima cette partie avec le doigt, et on reconnut que le col ne se dilatait point, à cause d'une trop grande rigidité, mais on sentit que le doigt venait de rompre une trame filamenteuse qui tenait agglutiné le rebord de l'orifice utérin. Dès cet instant l'orifice, malgré le peu d'énergie des contractions, commença à se dilater, et le soir il présentait dans son diamètre l'étendue d'un pouce. Les douleurs continuèrent, mais elles furent très-modérées pendant la nuit. Le 13, à six heures du matin, l'orifice était assez dilaté, et deux heures après, la femme mit au monde un enfant assez fort qui portait des traces de putréfaction.

Obs. IIe — Portal a le premier signalé cette espèce d'obstacle à la parturition. Observant souvent, dit cet habile accoucheur dans un fait qu'il rapporte, l'orifice avec mon doigt, je le sentis s'entr'ouvrir, comme si on déchirait une feuille de parchemin qui aurait été percée peu à peu; et les douleurs augmentant à la malade, cet orifice s'épaissit, lorsqu'il se dilata en rondeur d'un écu blanc, et vint de la même épaisseur. Mais les douleurs étant plus grandes, les membranes poussées par les eaux vers l'orifice s'entr'ouvrirent et se firent passage, jetant toujours des glaires sanglantes et limoneuses (1).

Obs. IIIe — Une femme de la campagne, enceinte pour la première fois, âgée de 35 ans, était arrivée au terme de la gestation. Dès les premières douleurs, les eaux de l'amnios s'écoulèrent. En touchant la femme, il s'échappait du col une matière muqueuse et verdâtre, qui fut prise par la sage-femme, mais à tort, pour du méconium. Après deux jours et une nuit d'un travail pénible, on réclama les secours d'un accoucheur. L'utérus n'était pas encore ouvert; il se trouvait distendu par la tête de l'enfant, qui était comprimée dans l'excavation pelvienne. L'orifice utérin était encore très-rétréci et élevé. Ses bords étaient amincis; l'ouverture était si étroite, qu'elle ne pouvait recevoir le doigt ni être aggrandie. La femme expira une heure après. L'autopsie cadavérique nous montra la nature de l'obstacle à cet accouchement.

« L'orifice utérin correspondait à la deuxième vertèbre du sacrum, et se trouvait aminci dans son tissu; considéré du côté de la cavité utérine, il admettait facilement l'extrémité du doigt du milieu. Du côté du vagin il était tellement rétréci, qu'il ne pouvait recevoir une plume à écrire. Cette coarctation était tellement résistante, qu'elle ne put être déchirée ni rompue par une forte impulsion. Elle était comme de nature aponévrotique. Cette membrane était le prolongement de la tunique vaginale. » La grande épaisseur de cette membrane, que le doigt n'a pu rompre, est digne de remarque; cependant elle eût été plus facilement déchirée, si la femme eût été vivante, si les parties eussent conservé leur turgescence vitale, et enfin si cette membrane eût été distendue par la tête du fœtus, comme pendant le travail de l'enfantement (2). »

(1) Il est présumable que cette pseudo-membrane se trouve dans les mêmes conditions que les membranes de l'œuf, qui, quelquefois, après avoir long-temps résisté aux efforts des contractions utérines, se rompent à la moindre pression que le médecin exerce sur elles avec le doigt. (*Note du traducteur.*)

(1) *La pratique des accouchemens*, par Paul Portal. A Paris, 1685, obs. 73, page 305. — L'observation rapportée par Amand (*Nouvelles observations sur la pratique des accouchemens*, Paris, 1714), n'a pas été recueillie avec assez de soin pour la rattacher à ce genre de faits. L'accouchement n'avait pas pu se terminer à cause de la présence d'une membrane qui fermait l'orifice.

(2) Sandifort, *Thesaurus dissertationum*. v. II, n° 3.

Obs. IVe et Ve. — Une femme d'une constitution pléthorique, fut si tourmentée pendant huit jours des fortes douleurs de l'accouchement, que le sang s'échappa des narines et de la bouche, malgré quatre saignées qui lui furent pratiquées. Le segment inférieur de la matrice était si distendu et si abaissé, qu'Hermann et Schutzer le prirent pour la poche des eaux de l'amnios. Au centre de cette tumeur on découvrait un petit creux (l'orifice), qui était obturé par des filamens charnus. On conduisit une sonde de femme dans cette ouverture, et on parvint, par ce moyen, à rompre sans inconvénient les filamens qui portaient obstacle. Quelques gouttes de sang s'échappèrent dans la sonde et sur la main de l'opérateur. A la suite de cette déchirure, l'orifice se dilata peu à peu, et l'accouchement se termina heureusement. Six semaines avant le travail de l'enfantement, l'orifice de la matrice était encore libre. Trois semaines avant cette époque, la femme se plaignit beaucoup de douleurs dans les parties génitales, mais à cause de ses souffrances l'exploration de ces parties ne fut pas supportable. Quatre jours après il y eut un écoulement purulent et fétide à travers le vagin. Huit jours après il avait cessé; la femme se porta mieux.

Le deuxième fait que nous allons rapporter, se rapproche de celui que nous venons de citer; cependant la femme se porta bien pendant toute sa grossesse. La femme avoua que durant tout ce temps les parties naturelles avaient été sèches. Depuis deux jours et deux nuits la femme avait été fatiguée par les douleurs de l'accouchement, lorsque l'auteur fut appelé. Le segment inférieur de l'utérus était si distendu, qu'il n'y existait aucun pli ni aucune ride. L'orifice utérin ne put être découvert, malgré tous les soins que l'on apporta dans cette recherche. Cependant on reconnut dans sa partie inférieure et postérieure une petite plissure de la grandeur d'un grain d'orge, et on présuma que ce pouvait être là l'orifice de l'utérus oblitéré. On porta une sonde de femme sur ce point, et on déchira les fibres charnues qui agglutinaient l'ouverture. L'instrument pénétra facilement dans l'orifice, et en l'agitant on parvint à dilater l'ouverture de manière à admettre le doigt. Les contractions l'augmentèrent encore, et enfin après dix-huit heures de travail, la femme mit au monde un enfant plein de vie. Au bout de huit semaines après l'accouchement, les règles reparurent. Quelques années après, la femme accoucha sans difficulté (1).

Obs. VIe. — Le docteur Winzmann fut appelé le 23 juillet 1821, dans la matinée, auprès d'une femme qui était en travail de son quatrième enfant depuis le 20 du même mois. Les trois accouchemens précédens avaient été longs et pénibles. Il ne put apprendre si la poche des eaux s'était déjà rompue; les douleurs depuis trois jours avaient été continuelles, et la sage femme avoua qu'elle n'avait pu découvrir l'orifice utérin. Le toucher fit reconnaître le prolapsus de la paroi antérieure du vagin. La tête du fœtus était mobile et enveloppée par le segment inférieur de la matrice, qui s'était tellement aminci, qu'on pouvait sentir les sutures de la tête. Le doigt parcourait la tête de tous les côtés; seulement à la partie antérieure du vagin, il ne pouvait point passer entre la tête et les os pubis. Le médecin, pour mieux pratiquer le toucher, fit mettre la femme sur les genoux et les coudes, mais il ne parvint pas à découvrir l'orifice utérin. Un médecin appelé le soir ne fut pas plus heureux dans ses recherches. On crut alors qu'il y avait agglutination de l'orifice, résultat des accouchemens précédens, mais comme le segment utérin était lisse et ne présentait ni calosité ni dureté, cette opinion fut rejetée. Les forces de la femme n'étaient pas épuisées, et on crut devoir patienter toute la nuit, dans l'espérance que la nature suffirait pour la terminaison du travail.

Deux autres médecins furent appelés, mais ils n'apportèrent aucunes lumières. Ce ne fut que le 26 que l'on put découvrir une ouverture formée par une membrane qu'on s'empressa de déchirer avec le doigt. Derrière cette membrane se trouvait l'orifice utérin dilaté d'un pouce et demi. On appliqua le forceps, et on amena au monde un enfant plein de vie : la délivrance se fit peu de temps après. Le toucher ne fit plus reconnaître les traces de cette membrane. Cette femme se rétablit (1).

Obs. VIIe. — Dans la nuit du 26 septembre 1819, le docteur Rainer fut appelé auprès d'une femme dans le travail de l'enfantement. Le chirurgien du village lui rapporta que depuis six heures les douleurs étaient violentes, et que, malgré cela, l'utérus ne s'ouvrait pas, et qu'il existait à peine des traces de l'orifice utérin. La femme était à son premier accouchement. Depuis huit ans, elle était fatiguée d'une chute de matrice qu'elle parvenait facilement à réduire, lorsqu'elle était couchée sur le dos. Depuis la fin du troisième mois de sa grossesse, l'utérus s'était maintenu dans l'abdomen. La femme était arrivée à terme sans accidens; les premières douleurs se déclarèrent à midi, le 26 septembre. Rainer reconnut, au toucher, une tumeur occupant le détroit abdominal, formée par la tête de l'enfant, sur laquelle le segment inférieur était très-distendu. Au centre de la tumeur en arrière et vers la cavité de l'os sacrum, il rencontra une petite dépression de la dimension d'un demi-pouce, qui offrait à sa partie moyenne une ouverture arrondie, tendineuse, de la grandeur d'une lentille: il ne put pas douter que cette ouverture ne fût l'orifice utérin. Les douleurs se suivaient avec rapidité, et la tête était entraînée de plus en plus avec la matrice dans le bassin. La femme était épuisée par le travail et implorait continuellement des secours.

(1) « *Der kon. Schwedischen Akademie der wissenfchaften Abhandlungen auf, d. J.* 1767, *ubers von* A. G. Kestner, *Band* 29. *Leipzig* 1770. *Bericht von zwun merkwürdigen Entbindungen, dabey muttermundzugewachsen war.* » P. 315.

(1) Siebold's, *Journal für Geburtsh*, Band II, n. 3.

Rainer, n'attendant rien de la nature, ne vit d'autre moyen de terminer l'accouchement que l'opération. Après avoir fait placer la femme convenablement, il introduisit le bistouri de Pot dans la petite ouverture, et fit une incision longue d'un pouce et demi ; alors il y porta le doigt, et fit deux autres incisions ; à chaque incision, il s'écoula plusieurs gouttes de sang ; la femme ne ressentit aucune douleur de l'opération. La tête de l'enfant put être sentie. Elle était revêtue des membranes de l'œuf, et placée dans une bonne position. Une demi-heure après, Rainer voyant que les douleurs de l'accouchement étaient moins fréquentes et moins fortes, appliqua le forceps et amena au monde un fœtus vivant. La délivrance ne tarda pas à s'opérer. La femme passa si heureusement le temps de ses couches, que, huit jours après, elle put reprendre ses occupations. Elle était redevenue enceinte au mois de mai 1821 (1).

Obs. VIIIe. — Meissner fut appelé le 17 août 1822, auprès d'une femme âgée de 35 ans, qui était dans le travail ; elle était accouchée heureusement sept ans auparavant de son premier enfant ; mais elle fut prise dans le temps de ses couches d'une inflammation de bas-ventre, à la suite de laquelle elle ne reprit que lentement ses forces. Le règles ne revinrent qu'après un long intervalle ; à chaque fois elle perdait peu de sang ; durant la seconde grossesse, elle jouit d'une bonne santé. Arrivée à son terme le 14 août, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, qui eurent plus d'accroissement le jour suivant. La sage-femme rapporta qu'elle avait senti la tête, mais qu'elle n'avait pu trouver l'orifice utérin. Le 16 août, à midi, les forces de la femme étaient tellement épuisées, qu'elle ne pouvait plus aider les douleurs, malgré leur violence. Vers le soir, les contractions perdirent de leur fréquence ; pendant la nuit elle eut du délire. C'est dans cet état que Meissner trouva la femme. La tête de l'enfant, enveloppée par le segment inférieur de la matrice, s'était avancée jusqu'à la sortie du bassin : on ne découvrit aucune trace de l'ouverture utérine. L'auteur, convaincu que l'orifice était agglutiné, prit la détermination d'en former un artificiel. Après l'incision faite, il appliqua le forceps, et fit l'extraction d'un enfant mort. La femme succomba à neuf heures du soir. Il est à regretter que l'autopsie cadavérique n'ait pas été pratiquée, ou qu'une exploration plus exacte n'ait pas été faite après l'extraction du fœtus (2).

Obs. IXe et Xe. — W. J. Schmitt fut appelé, le 4 octobre 1817, auprès d'une femme dans le travail de l'enfantement. Elle était primipare, et avait été affectée de fleurs blanches. Au moment où l'auteur la vit, les contractions utérines étaient très-fortes, et à chaque douleur, elle criait, comme si le fœtus allait arriver au-dehors. Au toucher, le segment inférieur de la matrice paraissait très-épais ; cependant on sentait très-facilement la tête. L'orifice ne pouvait pas être atteint lorsque la femme était couchée sur le dos. On le sentait à peine, lorsque la femme était sur le côté. Le col utérin était tout-à-fait effacé ; ses lèvres formaient un anneau très-rétréci, à peine reconnaissable par un petit creux qu'on y observait. Le 4, au matin, les choses étaient dans le même état, et malgré les douleurs, l'orifice n'était pas changé. L'auteur, persuadé qu'une concrétion organique pouvait seule s'opposer à l'accouchement, porta l'extrémité du doigt indicateur dans cette petite fossette, et la poussa doucement. L'orifice céda facilement, se dilata aussitôt de l'étendue d'un demi-pouce, en présentant une ouverture arrondie, à rebords minces et mous, derrière laquelle la face, entourée de membranes, se rencontrait. L'extrémité du doigt, retiré du vagin, était teinte de quelques gouttes de sang rouge. La femme se trouva assez bien ; les douleurs étaient moins fortes. Le jour suivant, l'orifice commença à se dilater davantage : à onze heures il était totalement effacé ; les douleurs reprirent plus de fréquence et d'intensité. L'auteur rompit les membranes : deux heures après, un enfant fort et vigoureux vint au monde. La femme a joui d'une bonne santé.

N° 2. Une femme, qui avait eu déjà deux avortemens, était arrivée à la fin de sa troisième grossesse. L'accouchement avait commencé depuis trois jours, et malgré la force des contractions et les efforts de la femme, le travail n'avançait pas. Le médecin de la femme trouva que le segment de la matrice était aminci, distendu par la tête, lisse et situé profondément, mais il ne découvrit pas d'orifice ; il sentit, en dehors de l'axe du bassin, du côté gauche et en arrière, un petit creux sans aucune apparence d'ouverture et de lèvres. Cette petite fossette ne changeait pas, malgré les douleurs ; elle paraissait, au contraire, s'élever davantage. Schmitt donna à ce médecin le conseil d'ouvrir l'orifice, soit avec le bout de son doigt, soit avec l'extrémité du cathéter : cette opération fut pratiquée ; le doigt pénétra facilement et fut teint de quelques gouttes de sang. L'état des choses changea sur-le-champ ; la malade, qui auparavant était dans le délire par la force des douleurs, devint plus calme. L'orifice se dilata promptement ; il occupait le centre du bassin, et une heure après l'accouchement était heureusement terminé. La femme passa bien le temps des couches (1).

Obs. XIe — Une femme primipare avait éprouvé, dès les premiers mois de sa grossesse, un écoulement très-abondant de fleurs blanches. Les premières douleurs de l'accouchement se firent sentir le 25 août 1822. La sage-femme et l'accoucheur ne trouvèrent aucune trace de l'orifice utérin. Rummel fut appelé le 26. Le segment inférieur de la matrice avait été poussé avec la tête profondément dans le bassin, sous l'influence de fortes douleurs. Cet accoucheur ne put découvrir l'orifice. On pensa qu'il y avait une agglutination de cet orifice, et comme la femme n'était menacée d'aucun

(1) *In med. chir. Zeitung.* Band 2, 1821, p. 398.

(2) Siebold's, *Journal F. Geburtsh.* Band 4, 1824, p. 385.

(1) *In Heidelb. Klin.*, etc. 1 Band, p. 537.

danger, on patienta. Le docteur N. fut appelé, et en touchant, il crut reconnaître les vestiges de l'orifice, dans le repli qu'on découvrait à la surface de la matrice. Rummel fut d'avis qu'on pratiquât une incision sur le col, pour se mettre à l'abri de la rupture de la matrice, que la violence des douleurs pourrait produire. Le lendemain l'opération fut pratiquée. Six heures après, la dilatation était assez grande pour permettre l'application du forceps, au moyen de laquelle on amena au monde un fœtus plein de vie. La délivrance n'offrit rien de remarquable. Le temps des couches se passa bien (1).

Obs. XIIe — J. B., âgée de 38 ans, d'une constitution robuste, était devenue pour la première fois enceinte. Le 2 mai, elle éprouva les premières douleurs de la parturition. Le docteur Solera, appelé à midi, ne put découvrir par le toucher, qu'il répéta plusieurs fois, l'orifice utérin. La matrice était dans la position ordinaire, et le col, comme au dernier temps de la gestation, était effacé. Cependant il était nécessaire de reconnaître si le col était oblitéré, car les douleurs vives et continuelles ne produisaient aucun résultat. Dans la soirée on appela en consultation les docteurs Ballardi et Villani, qui confirmèrent l'opinion que les premières explorations avaient fait naître. La tête du fœtus était bien placée, on pouvait facilement la sentir dans le détroit abdominal, à travers le segment inférieur de la matrice. Malgré la violence des douleurs, l'état des choses se maintint. Le 4 mai, après-midi, on se décida à pratiquer avec un instrument semblable à l'hystérotome de Flamant, une incision transverse de la longueur d'un pouce et demi, sur le segment inférieur de la matrice. La plaie fut dilatée et les membranes de l'œuf déchirées. Dès-lors les eaux s'écoulèrent. Sous les contractions de l'utérus, la tête s'avança profondément dans le bassin, et comme les douleurs étaient énergiques, on abandonna l'expulsion du fœtus aux forces de la nature. Mais, pendant la nuit, les douleurs cessèrent, et le lendemain on fut forcé d'appliquer le forceps, et de terminer de cette manière l'accouchement. Après la délivrance, on explora la cavité utérine, mais on ne put découvrir l'orifice utérin. La femme fut prise de convulsions, mais elle se rétablit (2).

Obs. XIIIe — M. J. A. devint enceinte pour la première fois, et fut reçue le 25 mai 1828 à la clinique d'accouchemens. Le 17 avril, pendant la nuit, les premières douleurs se firent sentir; elles continuèrent le jour suivant. Le 19 du même mois, le col était presque entièrement effacé; l'orifice externe ne se distinguait que par une petite fossette, qui elle-même paraissait manquer d'ouverture. La tête du fœtus occupait le détroit abdominal. Sous l'influence de douleurs fréquentes et intenses, le col était le soir totalement effacé. Le segment inférieur de l'utérus conservait sa mollesse, et à son centre se rencontrait l'orifice (la petite fossette était devenue tout-à-fait plane) agglutiné par un mucus assez consistant. M. Stoltz, voyant les contractions prendre plus d'intensité et sans résultat, se détermina à lever l'obstacle; il porta le bout du doigt sur la fossette, et par un mouvement de rotation qu'il lui imprima en comprimant, il perfora cette lymphe plastique qui s'opposait à la dilatation. Le doigt retiré du vagin était recouvert d'un mucus assez consistant, brunâtre, et teint de sang. La femme se trouva mieux, et l'accouchement marcha avec rapidité. A neuf heures du soir, la poche des eaux s'avança à travers les parties naturelles et fut rompue; la tête était déjà dans l'excavation pelvienne, et une demi-heure après, un enfant plein de vie vint au monde (1).

Obs. XIVe (2) — Le 2 décembre 1829, Vogelmann fut appelé au milieu de la nuit pour un accouchement, et avant d'arriver il entendait de loin les cris de la femme. La sage-femme, assez instruite, lui avoua que, depuis deux jours que la femme était en travail, elle n'avait pu découvrir l'orifice utérin. Ce médecin, en pratiquant le toucher, trouva le vagin imbibé de mucosités abondantes, et crut sentir au centre du bassin la poche des eaux fortement distendue, et bientôt il reconnut que ce n'était que le segment inférieur de la matrice aminci, qui enveloppait la tête; il chercha vainement l'orifice utérin. Plus tard, il explora de nouveau, et parcourut soigneusement avec le doigt tout le segment inférieur de la matrice; enfin il découvrit en bas et à gauche un point plus élevé et de la largeur d'une lentille. Pensant que cela pouvait être le lieu de l'ouverture, il y appliqua son doigt; mais cette pression ne suffit pas, il eut recours à une sonde de femme qu'il introduisit pour pratiquer l'ouverture. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent: le doigt servit aussi à augmenter la dilatation. L'orifice, après cette opération, parut sous la forme d'une ouverture arrondie, du diamètre d'un pouce et demi, et derrière laquelle on sentait la tête de l'enfant recouverte des membranes. L'orifice se dilata avec rapidité. Une heure après, la poche des eaux était rompue: la tête s'était avancée jusqu'au détroit périnéal; l'accouchement fut terminé par le forceps. L'enfant était asphyxié, mais il fut bientôt rappelé à la vie par les moyens ordinaires. Les couches ne présentèrent rien d'insolite.

Du traitement de la phthisie pulmonaire et du mode de guérison de cette maladie; par Francis Hopkins Ramadge. — (suite et fin.)

Obs. Ire — Un individu âgé de 50 ans commença, il y a six mois, à présenter des symptômes bien caracté-

(1) *In* Siebold's *Journal F. Geburtsh* Band 6, p. 106.

(2) *Annali univers. di Medicina compil. da Annib.* Omodei, *anno* 1827, vol. 43, fasc. 128.

(1) Cette observation a été relevée du livre clinique de l'hôpital de Strasbourg, et communiquée, par M. Stoltz, à l'auteur de la thèse.

(2) Cette observation a été également communiquée à l'auteur, par J. Vogelmann.

ristiques de la phthisie. Naturellement d'une constitution faible, et disposé à cette maladie par sa conformation, il vit sa santé se détériorer sous l'influence de chagrins domestiques. Dans un court espace de temps, il avait perdu sa femme et deux filles, ces dernières ayant succombé à la maladie qui le menaçait lui-même. Lorsque je fus consulté, il présentait tous les signes physiques et constitutionnels de la phthisie. Il fut atteint d'une inflammation des deux lobes inférieurs du poumon droit, et expectora une grande quantité de sang, circonstance qui se présente fréquemment dans les pneumonies sub-aiguës, alors qu'il existe en même temps des cavernes tuberculeuses. Il fut soigné par ses deux beaux-frères, les docteurs Wallace et Chrishre. Tous deux regardaient l'état de leur malade comme très-grave, et en le voyant je partageai leurs craintes. Mon premier soin fut de combattre l'état inflammatoire. Une saignée fut pratiquée, mais la pneumonie persistant, il fut nécessaire d'y revenir et d'appliquer des sangsues sur la poitrine. Par ces moyens, l'inflammation du poumon perdit de son intensité, il y eut même une amélioration marquée, mais bientôt le crachement de sang reparut avec son intensité première. On revint aux saignées générales et locales, qui firent cesser cette complication, et il ne resta que les symptômes ordinaires à la phthisie, symptômes qui bientôt devinrent de plus en plus alarmans, au point que le malade crut devoir mettre ordre à ses affaires. C'est alors que je proposai d'avoir recours au mode de respiration que j'ai fait connaître plus haut; ce qui fut accepté. Deux mois s'étaient à peine écoulés depuis que le malade avait commencé ce nouveau traitement, que déjà sa poitrine s'était développée, au point qu'il fut obligé de faire élargir ses vêtemens, et que sa santé générale s'était affermie dans la même proportion. A cette époque il fut en état de vaquer à ses affaires. Pendant huit mois il continua ce mode de respiration deux fois par jour, si ce n'est plusieurs fois où il fut obligé d'interrompre, à cause d'un léger crachement de sang qui reparut, circonstance qui se présente assez souvent tant que les cavernes ne sont pas entièrement cicatrisées. Ayant alors examiné de nouveau la poitrine, je trouvai que, dans toute l'étendue de cette cavité, le murmure respiratoire avait augmenté de force, et que la pectoriloquie qui était évidente au sommet des deux poumons, surtout à gauche, ne se faisait plus entendre. En un mot, la guérison me parut complète et bien établie.

Obs. IIe. — Il y a quelques années je fus appelé par une famille distinguée pour voir un enfant âgé de douze ans, parvenu au dernier degré de la phthisie, maladie à laquelle avait succombé quelque temps auparavant un de ses frères moins âgés. Comme on devait s'y attendre, la mort survint bientôt, et à l'examen du cadavre je trouvai non-seulement dans le poumon les traces d'une phthisie avancée, mais encore la plèvre et le péritoine tapissés de tubercules nombreux. La santé délicate dont jouissaient les autres enfans de cette famille, deux surtout, et leur constitution scrofuleuse, inspiraient aux parens la crainte de les voir encore succomber à la phthisie. Aussi je fis immédiatement recourir à l'emploi du mode de respiration indiqué. Je fis préparer des tubes de diamètre différent, selon l'âge des malades, qui s'en servirent pour respirer deux fois par jour, et pendant un temps de plus en plus long, de manière que bientôt ils respirèrent ainsi pendant une demi-heure matin et soir. Par suite de ce traitement, leur poitrine s'était développée graduellement, leur santé générale s'est affermie de plus en plus, et rien jusqu'à présent ne fait craindre la maladie à laquelle ils paraissaient voués par suite d'une disposition héréditaire.

Obs. IIIe. — Vers le milieu de l'année 1832, une dame m'amena deux de ses demoiselles, déjà adultes, pour avoir mon avis sur leur état. Elle me dit que dans un laps de temps très-court, quatre de ses enfans avaient succombé à la phthisie pulmonaire. Ceux qu'elle me présentaient avaient une petite toux sèche et des douleurs erratiques dans toute la poitrine. Chez l'aînée, qui était âgée de 19 ans, le murmure respiratoire était faible au sommet du poumon droit, et la percussion pratiquée sur la clavicule du même côté ne produisait qu'un son sourd. Je jugeai, d'après cela, qu'il existait déjà quelques tubercules. Il existait une bronchophonie bien marquée; mais l'absence de toute pectoriloquie annonçait qu'il n'y avait point encore de caverne formée. Quant à la plus jeune, bien que le bruit respiratoire fût normal, et que rien ne dénotât une lésion quelconque des bronches, cependant comme à différentes époques, il y avait eu une petite toux sèche et de légères hémoptysies, je fus porté à penser qu'il pourrait bien exister quelques tubercules disséminés dans le tissu pulmonaire. J'eus d'abord recours à des saignées locales et à quelques doses de nitrate de potasse, puis je les soumis à l'usage des tubes. Elles respirèrent ainsi pendant plusieurs mois, deux fois par jour, et bientôt la plus jeune revint à une santé parfaite. Quant à l'aînée, bien que chez elle la respiration ne fût peut-être pas aussi parfaite que j'aurais pu le désirer, cependant le développement qu'a acquis la poitrine et par suite le tissu pulmonaire dans toutes ses parties, joint à cette sécrétion dont j'ai parlé au chapitre de l'anatomie pathologique, et qui probablement enveloppe les tubercules, me porte à croire qu'elle est tout-à fait à l'abri d'un nouveau développement de la maladie tuberculeuse.

Obs. IVe. — M. Clément, âgé de 25 ans, membre du Collège royal des chirurgiens, m'ayant consulté sur son état, je trouvai qu'il présentait à un haut degré tous les symptômes ordinaires de la phthisie bien conformée. Sans rappeler ici tous ces symptômes, il me suffira de dire que sous l'influence de la respiration au moyen des tubes, pratiquée pendant un temps assez long, j'ai eu la satisfaction de le voir revenir graduellement à la santé, et arriver enfin à une guérison complète.

Obs. Ve. — Une jeune dame, long-temps sujette à divers accidens nerveux, pour lesquels elle suivit plu-

sieurs traitemens, mais sans résultat durable, devint phthisique. Déjà depuis long-temps elle était en proie aux fâcheux symptômes de cette maladie, lorsqu'on me proposa pour consultant un médecin attaché à un des principaux hôpitaux de Londres. Le pronostic porté par ce confrère fut si défavorable qu'il annonça aux parens que la malade n'avait pas six semaines à vivre. Ayant alors ausculté avec soin le sommet du poumon gauche où je soupçonnais l'existence d'une caverne, je fus conduit à porter un jugement tout opposé, l'auscultation me faisant reconnaître le développement d'un emphysème pulmonaire, résultat probable d'une attaque récente de symptômes hystériques tellement intenses que la suffocation avait été imminente. Je conclus delà qu'il s'était opéré une rupture de quelques vésicules pulmonaires, et que, d'après ce que l'expérience m'avait déjà appris, il en pourrait résulter une cicatrisation plus ou moins complète des cavernes tuberculeuses, par suite du développement du tissu pulmonaire. La suite prouva que je ne m'étais pas trompé dans mes prévisions; en effet, trois années déjà se sont écoulées depuis l'époque dont je viens de parler, et non seulement cette jeune dame est vivante encore, mais de plus, jouit d'une excellente santé.

Obs. VIe. — Sara Jackson, âgée de 48 ans, entra, il y a quatre ans, à l'hôpital dont je suis le médecin, présentant des symptômes avancés de phthisie, comme fièvre hectique, fréquence du pouls, toux violente avec expectoration abondante, puriforme, et quelquefois sanguinolente; sueurs nocturnes, émaciation et faiblesse très-grande. Sa constitution était depuis longtemps affaiblie par suite d'une affection cancéreuse de la matrice, qui en avait détruit le col et une partie du corps. Cette complication de maladies me parut fort grave et m'ôta toute espérance. Cependant au moyen de petites saignées locales, tantôt à la poitrine, tantôt vers l'utérus, de légers purgatifs, des injections albumineuses et autres dans le vagin, je parvins à diminuer les symptômes de l'affection de poitrine et ceux de la maladie de l'utérus. Mais alors, soit par suite d'injections trop froides, soit par l'exposition à un vent froid, la malade fut prise d'une violente bronchite. Je n'eus recours qu'à l'usage de quelques boissons adoucissantes, et regardant d'ailleurs cette nouvelle complication comme un accident favorable, je laissai agir la nature, m'étudiant seulement à remplir les indications qui se présentaient. Sans entrer dans des détails minutieux sur ce fait, il me suffira de dire qu'une bronchite chronique s'établit, et que bientôt les progrès de la phthisie furent arrêtés, et la malade à l'abri de toute rechute de ce côté. Ce n'est pas tout, cette terminaison heureuse de la phthisie réagit sur la santé générale, qui s'affermit de plus en plus, et l'affection de l'utérus, qui, sans ces changemens heureux, n'aurait pas tardé à devenir mortelle, ne fit que des progrès fort lents.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

OCTOBRE 1835.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

Observation d'un cas d'anévrysme partiel du cœur; suivie de considérations sur les causes, le siége, le mode de formation, les symptômes et le traitement de cette maladie. — (Lue à la Société de Médecine de Paris, et imprimée par décision de cette Société.) — Par M. Paus, médecin de Bicêtre.

Si la dilatation d'une ou de plusieurs cavités du cœur est une maladie malheureusement trop fréquente, l'anévrysme partiel d'une de ces cavités est, au contraire, une maladie rare, ou, du moins, rarement observée jusqu'ici. M. Breschet, qui a rencontré cette altération pathologique sur le cœur de Talma, s'est appliqué à rapprocher les cas analogues qu'il a pu découvrir dans les auteurs, ou recueillir de l'obligeance de quelques-uns de ses confrères. Sur les dix faits qu'il a rapportés, cinq seulement peuvent jeter quelque jour sur les causes et les symptômes de cette affection. Ce sont, outre celui qui lui est propre, ceux qu'il a empruntés à Corvisart, à Dance, à MM. Zanini et Cruveilhier. Dans les quatre autres observations, dues à Walter le père, à Baillie, à MM. Bérard, les seuls renseignemens obtenus sont ceux qu'a pu fournir l'organe malade. Enfin, le dixième est l'exposé des particularités remarquées par M. Breschet sur un cœur conservé dans les cabinets de la Faculté de Paris.

Depuis la publication du *Mémoire* de M. Breschet, M. le Dr Reynaud a fait insérer dans le *Journal hebdomadaire* (1829, 1er trimestre) un nouvel exemple d'anévrysme partiel du cœur. A cette occasion il a fait connaître l'existence dans le cabinet anatomique de Sir James Marc-Grégor, inspecteur général du service de santé militaire en Angleterre, d'une pièce sur laquelle on voit, à la base du ventricule gauche, un anévrysme partiel.

En 1834, M. Olivier d'Angers a inséré dans la deuxième édition du *Dictionnaire en 21 volumes* un article sur l'anévrysme vrai du cœur. Dans cet article, il a fait mention de quatre autres cas d'anévrysme partiel du cœur.

Le premier, observé par Galeati, est consigné dans les *Annales des sciences et arts* de Milan, année 1757.

Le second résulte d'une pièce pathologique déposée par le Dr Cusack dans le cabinet anatomique de Park-Street, et sur laquelle on voit une dilatation partielle surmontant le ventricule gauche, avec lequel elle communique. Le sujet était mort subitement.

M. Harrisson a vu, en 1823, le cœur d'une femme, âgée de 39 ans, de mœurs déréglées, qui mourut à la suite de suffocations répétées et des autres symptômes ordinaires des maladies du cœur; la tumeur, presqu'aussi volumineuse que le cœur lui-même, était placée derrière le ventricule gauche, avec lequel elle communiquait par une ouverture placée près de son sommet.

Le quatrième cas, rapporté par M. Olivier, appartient au Dr Biguardi, qui l'a publié, en 1829, dans les *Annales universelles de médecine* de Milan. Il s'agit d'une jeune fille qui mourut subitement au moment où elle faisait ses préparatifs pour aller au bal. On trouva, à l'ouverture du corps, une petite tumeur de la grosseur d'une fève, située à la base du ventricule gauche, près l'insertion de l'aorte : les parois de l'anévrysme étaient constituées uniquement par l'adossement de la membrane interne du ventricule au feuillet séreux qui revêt le cœur. Cette tumeur s'était rompue à son sommet, et avait été la cause de la mort subite.

Enfin, on trouve dans le *Traité des maladies du cœur* que vient de publier M. le professeur Bouillaud, un chapitre qui a trait à la maladie qui nous occupe. Ce chapitre est intitulé : *Observations de cardite ulcérative avec formation d'un kyste anévrysmal.* Il contient quelques-uns des faits indiqués plus haut, et une observation nouvelle d'anévrysme partiel du cœur, due à M. le Dr Petigny. Elle a pour sujet un nègre âgé de 55 ans, maçon, mort à la Pitié en 1830, à la suite des symptômes ordinaires aux maladies du cœur : on trouva à la pointe du ventricule gauche une tumeur presqu'aussi volumineuse que les deux ventricules; la membrane interne cessait brusquement à l'entrée du sac, qui n'était formé que par la couche musculaire amincie, et même en deux points peu étendus, par la lame viscérale du péricarde.

M. Bouillaud cite encore un cas qui a été observé par M. le Dr Choisy; mes recherches pour me procurer les détails de ce fait ont été complètement inutiles.

C'est là, si je ne me trompe, tout ce que possède la science sur cette maladie. J'ai donc lieu d'espérer que le fait dont je vais vous entretenir, et la pièce pathologique que je mets sous vos yeux, arrêteront un instant votre attention.

Herpé, âgé de 70 ans, d'une haute stature, d'une forte constitution, ayant exercé la profession de fondeur de métaux, a été admis à Bicêtre le 5 avril 1832.

Il est entré dans mon service le 6 février 1835 pour une dyspnée extrêmement pénible : le 7 janvier précédent il était déjà entré à l'infirmerie pour une pneumonie du lobe supérieur du poumon droit, laquelle, étant compliquée d'une ancienne affection du cœur que j'avais regardée comme une hypertrophie du ventricule gauche, sans ossification des valvules aortiques, avait exigé un traitement et des soins qui ne lui avaient permis de sortir que le 5 février. Sa prompte rentrée à l'infirmerie fut attribuée à un excès de boisson, excès dont il avait, m'a-t-on assuré, l'habitude.

Voici ce que je remarquai à ma première visite : face injectée et légèrement bouffie; lèvres bleuâtres; difficulté extrême de respirer; menaces fréquentes de suffocation : la percussion de la poitrine donne partout un son assez clair; l'auscultation fait entendre, çà et là, du râle crépitant sec à grosses bulles. Ce râle est surtout sensible à trois pouces au-dessous de la clavicule droite, endroit où l'on constate par la percussion, une résonnance exagérée, timpanique : la respiration vésiculaire se fait moins bien dans ce point. L'expectoration est abondante, les crachats sont aqueux et fortement imprégnés d'air, ce qui leur donne l'aspect de ces bulles que détermine l'insufflation dans un liquide chargé de savon.

L'impulsion du cœur n'est pas très-forte; on ne découvre aucun bruit anormal : les battemens du cœur, d'une étendue ordinaire, sont tumultueux, irréguliers; très-souvent à une intermittente succèdent deux ou trois battemens précipités; d'autres fois cette intermittence est suivie d'un seul battement, mais alors il est notablement plus fort. Le pouls prend part à ce désordre; sa force, cependant, est moindre proportionnellement que celle des battemens du cœur : le ventre n'est pas malade; seulement ses parois sont infiltrées de sérosité ainsi que le scrotum et les extrémités inférieures : rien du côté de l'encéphale.

Je diagnostiquai un emphysème des deux poumons, et surtout de la portion située à trois pouces au-dessous de la clavicule droite, et, comme maladie principale, une affection du cœur que je regardai comme une hypertrophie du ventricule gauche.

Je fis pratiquer une saignée pour rendre un peu de liberté à la circulation et à la respiration; je prescrivis, en outre, des potions dans lesquelles entraient la teinture de digitale et l'opium, des tisanes diurétiques et des frictions avec la teinture de scille et de digitale; une légère amélioration se manifesta, mais elle fut de courte durée. Les signes de l'emphysème pulmonaire continuaient; les symptômes de l'affection du cœur semblaient plutôt augmenter que diminuer. L'auscultation fréquemment répétée me fit faire une remarque qui, plus tard, prit pour moi de l'importance; c'est que les deux tiers supérieurs du ventricule gauche déterminaient une impulsion assez forte, tandis que rien de semblable n'avait lieu à l'endroit où la pointe du cœur devait venir battre. Cette circonstance me fit soupçonner un hydro-péricarde, que la percussion ne confirma nullement.

Le 20 février, des râles muqueux et ronflans se firent entendre dans toute l'étendue des deux poumons; l'expectoration devint difficile, les crachats étaient jaunâtres et peu aérés, de plus la langue était saburrale, et le malade n'avait aucun appétit; une potion vomitive fut administrée dans le double but de débarrasser les voies gastriques et respiratrices : le résultat fut incomplet.

Les jours suivans, les symptômes allèrent en s'aggravant; l'oppression devint suffocante, le cœur parut encore plus gêné, plus troublé dans ses fonctions. L'œdème gagna les extrémités supérieures et la face; enfin, le 27 février, Herpé expira après une agonie prolongée.

L'ouverture du cadavre fut pratiquée, 24 heures après la mort, par M. Mercier, interne, dont les débuts promettent à la science un investigateur patient et sévère.

Habitude extérieure. — L'infiltration œdémateuse paraît moindre que pendant la vie.

Crâne. — Une assez grande quantité de sang noir et liquide s'écoule lors de l'incision des tégumens; les membranes cérébrales et le cerveau sont dans l'état normal, sauf la présence dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules de plusieurs onces de sérosité. La substance cérébrale incisée paraît très-humide, ce qui lui donne un aspect luisant.

Thorax. — Plusieurs verres de sérosité limpide existent dans les deux plèvres qui ne sont d'ailleurs ni rouges, ni épaissies, ni recouvertes de fausses membranes, ce qui éloigne toute idée de pleurésie.

Les poumons ne s'affaissent pas; il est facile de reconnaître à leur surface des traces d'emphysème interlobulaire; dans la portion du poumon droit située trois pouces au-dessous de la clavicule, c'est-à-dire dans l'endroit où nous avions constaté une grande sonoréité et du râle crépitant sec à grosses bulles, existe une bosselure d'environ un pouce carré, laquelle est formée par de l'emphysème vésiculaire; chaque vésicule a atteint le volume de la tête d'une petite épingle; de l'emphysème, soit vésiculaire, soit interlobulaire, est encore très-visible sur les bords antérieurs, qui sont d'une couleur blanche très-prononcée, et à la face concave, où se trouvent d'assez nombreuses bosselures de dimensions variées. Il n'existe que fort peu d'engouement dans les parties déclives des deux poumons.

Tout le lobe supérieur du poumon droit est le siége d'un œdème plus marqué, toutefois, à la partie postérieure : un grand nombre de faits analogues dont j'ai été témoin, m'autorisent à regarder cet état œdémateux du poumon droit comme la terminaison, ou, si l'on veut, comme une suite de la pneumonie, que j'avais traitée dans la première quinzaine de janvier, et qui n'était pas encore entièrement résolue après plus d'un mois.

Avant d'ouvrir le péricarde, on aperçoit une saillie, oblongue de haut en bas, offrant le volume d'une noix. Cette saillie est située vers la partie moyenne de la face

antérieure du péricarde; elle devient plus prononcée quand on déprime la graisse qui l'entoure de toutes parts. Le point du péricarde soulevé présente une couleur rouge-brunâtre, qu'on ne retrouve pas dans le reste de cette enveloppe.

Le cœur étant mis à découvert, on remarque qu'il est plus volumineux que dans l'état normal, et que le ventricule gauche déborde beaucoup le ventricule droit; le péricarde, qui ne contient aucun liquide, présente de nombreuses adhérences cellulaires dans l'endroit correspondant à la bosselure indiquée. Celle-ci, placée au milieu de la face antérieure du cœur, commence à 15 lignes au-dessous de l'origine de l'artère pulmonaire, et se prolonge en bas dans une étendue de plus de deux pouces. Sa largeur est d'environ un pouce et demi; les vaisseaux du sillon antérieur la contournent à droite. Soupçonnant un anévrysme partiel d'une des cavités du cœur, on ouvrit le ventricule gauche par son bord libre; il contenait une assez grande quantité de caillots jaunâtres, tout-à-fait semblables à ceux que l'on trouve dans la plupart des cadavres. Aussitôt qu'ils furent enlevés, on vit trois cavités anévrysmales bien circonscrites; la plus grande, pouvant contenir une grosse noix, existe au point de jonction de la cloison interventriculaire avec la face antérieure du ventricule gauche, au milieu de l'espace qui s'étend entre la base de ce ventricule et sa pointe; elle est ovale, et a son plus grand diamètre de haut en bas. Une autre cavité, de forme ronde, est située à la pointe du ventricule; elle est séparée de la première par un intervalle de huit lignes. La troisième, enfin, de pareille forme, se trouve en arrière des deux premières, dont elle n'est séparée que de trois lignes; elle est creusée, dans la cloison interventriculaire. Les deux dernières sont de la même dimension et un peu plus petites que la supérieure: autour de l'orifice de chacune de ces cavités, et dans toute la moitié inférieure du ventricule, la membrane interne est épaisse et d'un blanc laiteux. Le fond des cavités anormales est, au contraire, d'un rouge lie de vin; mais, bientôt, un examen attentif fait voir que cette couleur est due à de la fibrine concrétée et disposée par couches concentriques: en enlevant, ce qui est facile, cette substance, qui n'offre qu'une demi-résistance, on voit que le fond est blanchâtre, d'aspect fibreux, et se continue, sans interruption ni traces d'érosion, avec la membrane interne. Alors aussi on s'aperçoit que les trois cavités, qui ont d'abord paru distinctes, communiquent entre elles au-dessous des colonnes charnues qui, seules, forment les séparations apparentes. Le sac anévrysmal, considéré dans sa totalité, offre la figure d'un ovoïde irrégulier, dont la grosse extrémité répond à la cloison interventriculaire et à la face antérieure du ventricule gauche, tandis que sa petite extrémité soulève la pointe de ce ventricule. Les colonnes charnues sont, comme la moitié inférieure de la membrane interne, d'un blanc mat très-remarquable: quand on les incise, on constate que la substance charnue est entourée de la membrane interne, qui seule a pris l'aspect indiqué. La couche musculaire du ventricule diminue sensiblement d'épaisseur et de consistance à mesure qu'on s'approche du sommet de la cavité anévrysmale; elle est remplacée, dans cet endroit, par une couche très-mince de tissu cellulaire qui réunit la membrane interne avec la lame viscérale du péricarde; aussi, en régardant le fond de l'anévrysme à contre jour, le trouve-t-on tout-à-fait transparent.

Du reste, le ventricule gauche, légèrement hypertrophié, présente une dilatation notable: sa membrane interne est partout lisse et exempte d'ulcération. Les valvules aortiques sont dans l'état le plus sain; quelques concrétions ossiformes existent à l'origine de l'aorte. Les oreillettes n'offrent rien de remarquable. La membrane interne du ventricule droit, d'ailleurs dans les conditions ordinaires, présente cette couleur d'un blanc laiteux que nous avons notée sur la membrane interne du ventricule gauche; elle n'existe toutefois que sur la partie de la cloison interventriculaire où se prolonge le sac anévrysmal, et dans le tiers inférieur du ventricule. Cette cavité, qui contourne en arrière la tumeur anévrysmale, est un peu moins rétrécie que ne l'indiquerait l'aspect de la face antérieure du cœur.

Abdomen. — Les organes contenus dans l'abdomen sont sains. Le péritoine contient environ un litre de sérosité citrine, sans flocons albumineux, sans fausses membranes.

Tel est, Messieurs, le fait que je désirais vous communiquer avec des détails un peu étendus, sans doute, mais qui m'ont paru nécessaires. Si maintenant nous les rapprochons des faits analogues recueillis par les auteurs que j'ai cités, nous aurons à chercher comment il peut nous aider à déterminer les causes, le siége, le mode de formation, les symptômes et le traitement de l'anévrysme partiel du cœur.

Causes. — L'âge ne paraît pas être une cause bien influente, puisque les sujets observés avaient depuis 19 jusqu'à 79 ans; il n'en est pas de même du sexe. Sur 18 cas on ne compte que deux femmes. Chez un malade (celui de M. Zannini) c'est une chute violente sur le thorax, qui paraît avoir été la cause première de la maladie; chez Talma c'est au moment où il exprime sur la scène avec l'accent d'une vérité parfaite les passions les plus profondes, les plus véhémentes, qu'une sensation insolite se manifeste dans le côté gauche du thorax, sensation comparable à celle que produirait un liquide chaud en parcourant la poitrine; cependant ces effets ne sont pas persistans, car ce trouble ne laisse après lui qu'un peu d'oppression, dont le retour ne se manifeste que dans les grands mouvemens respiratoires.

Dans le fait publié par M. Reynaud, c'est au milieu d'accidens nerveux dus à une affection saturnine que le malade, qui n'accusait aucune gêne du côté du cœur, succomba tout-à-coup.

Dans les observations recueillies par Walter le père, par Dance, par MM. Cruveilhier, Harrison et Petigny, les malades avaient été sujets pendant long-temps à une dyspnée plus ou moins intense.

Il en était de même pour Herpé, qui, il est vrai, nous a offert des traces non équivoques d'emphysème pulmonaire. Il faut noter ici que le malade de Dance, qui était un ancien militaire âgé de 49 ans, a présenté aussi de l'emphysème pulmonaire dans toute la surface antérieure des poumons.

Nous ne devons pas non plus négliger de rappeler qu'Herpé avait la réputation, que j'ai tout lieu de croire bien acquise, de faire abus des boissons alcooliques. Le malade de M. Zannini était également adonné à cette pernicieuse habitude.

Ne voulant déduire des faits connus que des conséquences incontestables, nous bornerons là ce que nous avons à dire des causes de l'anévrysme partiel du cœur.

(*La suite au prochain cahier.*)

Observations sur quelques moyens de combattre la tendance au râle dans les catarrhes pulmonaires et dans les pneumonies ; par MM. Labonnardière père et fils, Docteurs-médecins à Crémieu.

> Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile.
>
> Hippocrates, Aph. I.

Nous avons toujours craint de voir succomber nos malades lorsqu'ils nous ont présenté une respiration stertoreuse avec prostration des forces. Néanmoins, lorsque celles-ci quoique fortement opprimées, étaient encore susceptibles de quelque réaction, nous n'avons pas désespéré de prévenir une issue funeste.

En les ranimant, nous sommes quelquefois parvenu à débarrasser la trachée-artère et les bronches des matières muqueuses qui les engorgeaient de manière à menacer de suffocation.

Je fus appelé, le 28 novembre 1806, auprès de madame de V***, âgée de 48 ans, d'une constitution lymphatique et nerveuse, qui, à la suite d'un rhume ordinaire et de plusieurs veillées auprès de son mari malade, qui l'avaient beaucoup affaiblie, avait été saisie d'une fièvre continue avec frissons, points de côté, dyspnée intense, toux pénible, crachats séreux et sanguinolens.

Les sangsues, et ensuite le vésicatoire appliqué sur la région douloureuse, les boissons adoucissantes, les looks, animés par une légère dose d'ipécacuanha, d'oxymel scillitique, et parfois d'un peu de sirop diacode, paraissaient avoir, dans les premiers jours, calmé les symptômes les plus fatigans ; mais malheureusement chez cette dame, le système nerveux était sous l'influence d'une inquiétude continuelle sur l'état de son mari, qu'elle savait n'être pas rétabli, et à qui elle ne pouvait plus donner ses soins. Je redoute toujours cette influence nerveuse lorsqu'elle vient compliquer une maladie déjà grave par elle-même.

En effet, le sixième jour il survint un grand affaissement des forces, avec somnolence et difficulté d'expectorer, qui fut bientôt suivi d'un râle continuel, depuis sept heures du matin jusqu'à huit heures du soir, sans que la malade eût pu rendre dans cet intervalle un seul crachat.

Je ne pus, à cause de l'éloignement, arriver à son secours avant la fin du jour ; elle m'assura de suite, avec le ton de la résignation, qu'il était trop tard, et qu'elle ne devait plus compter que sur les secours de la réligion. Après avoir fait tous mes efforts pour la rassurer, je la fis consentir avec peine à de nouvelles applications de sinapismes et de vésicatoires ; je lui fis aspirer les vapeurs d'une décoction d'hyssope dans du vinaigre; je donnai même quelques gouttes d'ammoniaque, et le tout en vain. Je crus l'asphyxie imminente.

Dans ces circonstances, qui ne laissaient presque plus d'espoir, il me restait une ressource déjà indiquée par le père de la médecine, il y a plus de vingt siécles : *Si pro ratione, inquit Hyppocrates, expuere non valet, ex medicamentis sursum educentibus data.* (Thomæ Glass Commentarii ad disciplinam Hippocratis accomodati, pag. 120.)

J'administrai de suite du kermès minéral et de l'oxymel scillitique qui se trouvaient sous ma main, à assez haute dose pour produire un vomissement complet. L'excitation vive du nerf pneumogastrique réveilla les forces contractiles de la poitrine. Les efforts de vomissement provoquèrent une expectoration de plusieurs crachats épais et glutineux ; aussitôt le râle trachéal fut suspendu, la respiration devint plus libre, et il y eut une telle amélioration qu'on put croire la malade hors de danger ; mais au bout d'une demi-heure, le râle trachéal ayant recommencé avec le même cortége de symptômes fâcheux, je me hasardai, en désespoir de cause, à administrer encore une fois le même émétique qui produisit un nouveau vomissement de glaires *froides comme glaces*, au sentiment de la malade, dont j'emprunte les expressions. Ce vomissement fit sortir en même temps beaucoup de crachats. Le bruit stertoreux de la respiration cessa de se faire entendre, au moins en grande partie. Sentant alors la nécessité de soutenir à tout prix l'expectoration, je fis préparer une décoction de quinquina, animée par l'oxymel scillitique, que j'administrai moi-même, pendant la nuit, à des doses assez rapprochées et assez fortes pour tenir l'estomac dans un état presque continuel d'excitation capable de réagir sur la contractilité des poumons. Cette médication tourmentante me fut plusieurs fois amèrement reprochée par la malade, qui m'accusait de lui faire subir une torture qui la suspendait, disait-elle, entre la vie et la mort. Elle ne continua à s'y soumettre que parce que je lui représentai, avec le ton ferme de la conviction, que je n'avais pas d'autre moyen de la sauver ; je tâchai en même temps de soutenir le peu de forces qui lui restaient par du bon bouillon et du vin de Malaga mêlé à sa boisson ordinaire. Après une lutte qui dura toute la nuit, l'expectoration se rétablit presque aussi librement que l'a-

vant-veille. Le même régime fut continué jusqu'à la convalescence. Il survint alors une grande quantité d'aphtes dans la bouche, qui nécessitèrent un régime adoucissant. J'ai revu, il n'y a pas long-temps, cette intéressante mère de famille, qui jouit encore d'une bonne santé.

J'ai failli, dans un cas embarrassant, confondre avec le râle trachéal un gargouillement effrayant qui avait son siége dans l'arrière-bouche. C'était chez un vieillard pour qui je fus appelé en février 1801. Il avait été abandonné comme agonisant par son médecin. Arrivé auprès de lui une heure après le départ de ce confrère, je reconnus que le gosier et les parties voisines du larynx avaient d'abord été affectés d'aphtes confluens, à la suite desquels ces organes étaient inondés de mucosités si abondantes et si tenaces que l'air, sortant des poumons affaiblis, ne pouvait qu'avec beaucoup de difficulté les traverser en excitant un bruit stertoreux qui simulait le râle trachéal de l'agonie. Je dois avouer que j'y fus d'abord trompé moi-même. Mais les parens, affligés du pronostic porté par le médecin ordinaire, me supplièrent de ne pas m'éloigner sans avoir au moins tenté quelque moyen de soulagement. Je fis bouillir du fort vinaigre avec partie égale de miel, et, faisant soutenir le malade à son séant, je lui donnai plus de facilité pour se gargariser avec ce mélange, aussi chaud qu'il put le supporter ; il s'ensuivit une forte toux et des soulèvemens d'estomac, à la suite desquels j'eus la satisfaction de le voir peu à peu parvenir à se débarrasser des mucosités qui menaçaient d'intercepter entièrement la respiration. A l'aide d'un bon régime, et surtout du vin de quinquina, ce vieillard a survécu plusieurs années.

L'inertie des voies aériennes n'est pas toujours la seule et principale cause du râle. En mai 1806, j'allai voir un confrère, M. M***, d'une constitution sanguine et nerveuse, atteint d'une fluxion de poitrine, avec embarras douloureux de la tête et beaucoup de faiblesse. Il ressentait dans l'enceinte du thorax des douleurs pongitives violentes. Les saignées, les sinapismes, les vésicatoires, diminuèrent sensiblement les points de côté et la céphalalgie qui le tourmentaient. Le malade paraissait se trouver sensiblement mieux ; mais le septième jour la fièvre se ralluma ; la peau devint tout-à-coup plus sèche et plus brûlante ; les poumons semblaient affectés d'une constriction si douloureuse, que le malade craignait d'être asphyxié, par la nécessité où il était de suspendre en grande partie sa respiration et de se refuser aux efforts de la toux, qui auraient été nécessaires pour expulser les crachats ; ceux-ci, engorgeant les bronches, donnaient lieu à un bruit stertoreux. Pour prévenir la suffocation dont ce malade était menacé, après avoir employé en vain les révulsifs de toute espèce à l'extérieur, je plaçai ma dernière espérance dans l'association des antispasmodiques les plus actifs avec les expectorans. J'eus recours à la combinaison du camphre, vingt-quatre grains ; opium, deux grains ; kermès minéral et scille en poudre, de chaque huit grains, qui, partagés en huit doses égales, furent administrés à trois heures de distance. Le malade les supporta sans peine et avec un résultat si heureux, que l'expectoration et la liberté de la respiration se rétablirent au milieu d'une sueur abondante, et se soutinrent jusqu'à la convalescence.

Le camphre et l'opium, combinés dans une certaine proportion, nous ont paru se modifier assez avantageusement pour produire un effet sudorifique et antispasmodique assez analogue aux effets du musc, qu'il serait heureux de pouvoir remplacer, comme étant rarement pur et d'un prix trop élevé pour les malades pauvres.

Nous rappellerons à ce propos un cas où le musc nous a paru d'un très-heureux effet chez une dame sexagénaire. Cette malade était arrivée au vingtième jour d'une fièvre continue, irrégulièrement rémittente ; compliquée avec une affection arthritique, qui, après avoir successivement tourmenté les membres, tantôt par des convulsions douloureuses, tantôt par une demi-paralysie passagère, s'était enfin jetée sur les poumons, déjà affectés de catarrhe. Constamment couchée sur le dos, presque sans mouvemens autres que ceux qu'on lui communiquait, avec une respiration entrecoupée et un commencement de râle, cette dame semblait près de son dernier soupir, lorsque la nature de la dyspnée, la concentration du pouls, et la chaleur sèche de la peau, nous firent penser au musc comme jouissant d'une propriété expansive qui semble propre à disséminer la force vitale en la reportant du centre à la circonférence. On en administra un grain seulement trois fois dans la journée. Les forces qui n'étaient probablement qu'oppressées, se relevèrent rapidement, au point que la nuit suivante la malade put se lever seule à son séant, dans un état d'exaltation cérébrale qui se manifestait par les paroles les plus violentes. L'expectoration se rétablit, le râle cessa. Le lendemain, la malade était devenue si impressionnable, et le musc excitait dans son estomac une chaleur si brûlante, qu'on ne put lui en faire avaler qu'un seul grain. Mais ce même jour une éruption miliaire rouge se développa sur les avant-bras, les reins et les jambes, avec une sueur générale qui fut suivie d'une disparition graduelle de tous les symptômes les plus fâcheux, et quelques jours suffirent pour ramener la malade à son état habituel, qui était valétudinaire depuis plusieurs années. Quelques médecins se moqueront des petites doses de musc, par lesquelles nous avons ici débuté, sans avoir peut-être considéré que des doses trop élevées ont souvent excité des troubles nerveux plus violens que ceux qu'on voulait calmer. Zimmermann dit avoir employé avec succès le camphre dans des cas de péripneumonies parvenues au sixième jour avec une repiration râleuse. (*Traité de l'expérience*, t. II, p. 42.) Ce moyen seul a rarement rempli mes vues. J'ai été obligé de le combiner, tantôt avec l'opium, pour calmer les spasmes douloureux, comme dans une des observations précédentes ; tantôt, quand la prostration des forces était considérable, avec le quinquina et avec divers excitans, tels que le kermès minéral, l'ipécacuanha surtout.

En janvier 1812, Madame B... de P., âgée de 68 ans,

d'une constitution lymphatique et replète, fut atteinte d'un catarrhe pulmonaire avec peu de fièvre, céphalalgie, vertiges, vomissemens et autres symptômes qui constituent la fausse péripneumonie de Boerhaave, laquelle ne diffère de celle décrite par Sydenham que par un caractère moins inflammatoire; après les six premiers jours, il survint, avec l'accroissement de l'état adynamique, de longues exacerbations, durant lesquelles l'expectoration, se supprimant entièrement, donnait lieu à une respiration stertoreuse; je ne pus alors obtenir quelques crachats qu'au moyen des soulèvemens nauséeux de l'estomac, et de vomiturations provoquées par la réunion d'un grain de camphre avec autant d'ipécacuanha donné toutes les deux heures. Sous l'influence de ces excitans, l'embarras de la poitrine diminua sensiblement, et les rémissions, devenant bientôt plus sensibles, permirent d'administrer le quinquina avec succès et d'arracher enfin cette malade au danger qui la menaçait.

Mais ces moyens ne peuvent pas toujours suppléer au vomissement complet. En août 1812, j'eus la douleur de voir un oncle chéri, atteint, à l'âge de 75 ans, d'un catarrhe pulmonaire, qui, après avoir duré quinze jours avec un peu de gêne dans la respiration, mais sans fièvre, au début s'exaspéra tout-à-coup et se compliqua d'une fièvre assez intense pour produire le subit abattement des forces; l'expectoration se suspendit, la respiration resta stertoreuse pendant plus de douze heures, malgré tous les efforts que je fis pour ramener les crachats par des irritations extérieures sur le thorax, et en excitant des nausées au moyen des émétiques donnés à doses brisées. Voyant le râle augmenter à chaque instant, je me déterminai en tremblant à administrer vingt-quatre grains d'ipécacuanha et un grain de tartre stibié, divisés en quatre doses, dont la dernière détermina un vomissement complet, et fit sortir quelques crachats, dont je soutins l'expulsion avec la décoction de quinquina, animée par l'oxymel scillitique; cette médication eut un succès complet, et le malade parvint bientôt après à une bonne convalescence.

C'est dans ces catarrhes séniles qui débutent avec une apparente bénignité que la prudence du médecin est souvent en défaut. C'est de quoi se plaignait l'illustre Morgagni, en rapportant la maladie du professeur Vallisneri (Epist. XXI, p. 13 et 14. *De sedibus et causis morb.*), survenue dans un temps où regnait une constitution de fièvres catarrhales. Il observe que pendant les cinq premiers jours de cette maladie on n'aperçut aucune augmentation dans la chaleur de la peau et dans la fréquence du pouls, qui indiquât de la fièvre; l'expectoration était de bonne qualité et s'exécutait sans peine; mais le sixième jour tout avait changé de face: Morgagni trouva le visage de son collègue abattu et tendant à une pâleur cadavéreuse; le pouls et la voix étaient plus faibles, quoique le malade ne se plaignit d'aucun sentiment de poids, de chaleur ou de douleur dans la poitrine, si l'on excepte un peu de malaise ressenti dans le côté gauche en toussant; les urines étaient naturelles; la présence de la fièvre ne se décélait que par un peu de soif et par la cessation des intermittences du pouls auxquelles Valisneri était sujet dans son état de santé depuis environ l'âge de 60 ans.

Dès le matin du sixième jour, les crachats ne sortaient déjà plus qu'avec la plus grande peine, teints de sang et d'une couleur extraordinaire. Cependant Vallisneri était sans crainte, et s'apercevant de l'inquiétude peinte sur le visage de son ami, il s'efforça lui-même de le rassurer en se tâtant le pouls et faisant remarquer avec un ton plein de sécurité qu'il fallait s'en rapporter à ce signe. Bientôt la respiration, s'embarrassant de plus en plus, ne tarda pas à devenir stertoreuse; néanmoins ce ne fut que le lendemain, peu d'heures avant sa mort, que, l'expectoration entièrement supprimée, la fréquence et la faiblesse du pouls lui firent reconnaître et avouer avec son ingénuité ordinaire, que le caractère de sa maladie l'avait trompé.

Morgagni, frappé d'un événement aussi inattendu, se demande quels seraient les signes qui pourraient le faire prévoir assez tôt pour avoir le temps de s'en garantir. *Nos tamen quærenda signa esse dicebamus per quæ, si idem qui insidiose adeo Valisnerium sustulit, rediret morbus, mature aut saltem in medio cursu, perniciosum ejus exitum prænoscere possemus.* (*Epist.* XXI, p. 421).

Si ce créateur de l'anatomie pathologique vivait aujourd'hui, il verrait avec satisfaction combien on a fait d'efforts pour perfectionner le diagnostic des maladies de poitrine, au moyen de la percussion et de l'auscultation, soit médiate, soit immédiate, qui font reconnaître de bonne heure le râle trachéal comme un des signes les plus sensibles de la faiblesse des poumons. Nous nous sommes bien trouvé dans les cas les plus ordinaires de la méthode indiquée par M. le docteur Double en 1817. (Séméiologie générale, t. II, p. 31).

« Pour apprécier, dit ce médecin, le bruit que les malades font en respirant, même lorsqu'il semblerait d'abord ne devoir pas exister, il faut approcher exactement l'une des deux oreilles contre les parois thoraciques, et en parcourir ainsi tous les points et toutes les faces. Non-seulement on distingue fort bien la nature et l'intensité du bruit qui a lieu, mais on en fixe assez précisément le siége. J'ai retiré souvent de grands avantages de ce mode d'exploration de la respiration, qui m'est propre, et auquel j'ai été conduit naturellement par le même mode d'exploration appliqué aux battemens du cœur, dont je fais chaque jour de très-utiles applications cliniques. »

Nous avons lu et relu avec un nouveau plaisir le travail précieux de cet observateur, qui a porté sur la séméiotique de la respiration une clarté qui n'avait pas encore existé (1). Nous retrouvons les premières idées

(1) Comment se fait-il que MM. Labonnardière ne parlent pas ici des immortelles recherches de Laënnec sur l'auscultation, dont les principaux résultats étaient déjà connus en 1817 et avaient été mentionnés dans plusieurs recueils périodiques, no-

de ce praticien adoptées et développées en 1824 par MM. Lerminiers et Andral, qui assurent (*Clinique médicale*, t. II, p. 331) que l'oreille, appliquée sur les parois thoraciques, reconnaît les changemens qui arrivent au bruit de la respiration, plus ou moins obscurci par un râle crépitant, qui n'est qu'une variété du râle muqueux dans les grosses et petites bronches, avec diverses modifications de la voix, suivant les progrès de la pneumonie vers l'hépatisation ou la résolution.

Si l'illustre Morgagni eût pu suivre, exactement jour par jour, son ami dans le cours de sa maladie, il aurait certainement mis à profit sa remarque sur la position dans laquelle il le trouva constamment; c'est-à-dire gardant le lit malgré sa verte vieillesse, et s'y tenant à son séant le sixième, le cinquième, et même déjà le quatrième jour, malgré la température très-froide de la saison. Nous ne sommes jamais tranquilles sur le sort de nos malades, lorsqu'en pareil cas nous les voyons préférer habituellement cette position; il est bien rare qu'alors, en les faisant coucher horizontalement, tantôt sur le dos, tantôt sur les côtés, quand cela est possible, et en leur faisant exécuter une profonde inspiration, et même en les faisant tousser, on ne découvre pas dans les poumons un embarras plus ou moins douloureux qui, sans ces précautions, nous aurait probablement échappé.

Quant aux signes tirés de la percussion et de l'auscultation, malgré le haut point de perfection où ils ont été portés de nos jours, on sera étonné de voir, comme nous le prouverons bientôt, leur insuffisance pour distinguer, vers le déclin des fluxions de poitrine, la vraie phlegmasie des poumons de leur simple engouement sanguin, dans certains cas analogues à celui de Vallisneri; mais nous croyons pouvoir assurer qu'il est extrêmement rare de voir éclater la catastrophe de ces fluxions de poitrine sans qu'elle se soit fait pressentir d'avance par de troubles plus ou moins considérables dans les fonctions du cerveau et du système nerveux, que nous avons vu se manifester par les signes suivans :

On observe, tantôt une crainte exagérée de la mort, surtout chez les vieillards, tantôt la plus entière apathie, avec une sécurité qui étonne près du danger le plus imminent. L'âme à demi-hébétée, ainsi que les sens extérieurs, paraît avoir cessé de correspondre avec les organes malades. Les forces médicatrices de la nature sont comme affaissées, d'où résulte un calme trompeur, et le système vasculaire ne peut plus réagir assez énergiquement pour produire une sueur salutaire ou des urines critiques. D'autres fois, ces mêmes forces sont entraînées, par une excitation fébrile, à une réaction violente qui ne fait que les énerver plus rapidement. Dans la plupart des cas, on est étonné du désaccord qui règne entre l'état naturel du pouls, des urines, et des autres signes pernicieux qui se décèlent par la langueur générale des forces, l'embarras plus ou moins douloureux de la tête, et surtout par un mélange de somnolence et de demi-délire, avec respiration plaintive, et commençant à laisser apercevoir un peu de râle à l'oreille attentive placée près du thorax. Ces symptômes se montrent d'abord le plus ordinairement dans la nuit. C'est pourquoi nous considérons comme important de voir nos malades durant ces paroxysmes nocturnes, ou au moins d'établir auprès d'eux des gardiens intelligens qui puissent nous rendre un compte exact de tout ce qui se passe à cette époque. Autrement nos visites, quoique multipliées dans le reste du jour, nous laisseront dans une sécurité trompeuse, qui, en faisant perdre le moment pressant d'agir, pourra devenir funeste.

C'est probablement ce qui arriva à Morgagni, distrait alors par de nombreuses occupations, et privé des renseignemens précieux qu'aurait pu lui donner la famille de Vallisneri, si elle n'eût pas été toute alitée par l'affection catarrhale alors régnante, de même que les médecins qui vivaient le plus familièrement dans sa société, comme s'il y eût eu en cela une sorte de fatalité.

En appréciant les signes les plus dangereux, nous nous tromperions gravement si nous pensions avec Cullen (*Elémens du médecin*, § 350), que l'adynamie des poumons ne peut avoir lieu sans qu'il ait paru d'autres symptômes de faiblesse dans les forces locomotrices. Nous avons conservé des notes sur trois malades, qui, quoique râlants sans pouvoir expectorer, étaient encore en état de se lever seuls et de se promener dans leur chambre peu d'heures avant de mourir.

Tels sont les fragmens que nous avions préparés pour répondre aux vœux de Morgagni; mais cet illustre observateur semble nous faire désespérer de voir jamais ses vœux remplis, en mentionnant (*loco cit.*) la mort du docteur Waldchmid, qui, atteint d'une affection catarrhale, la jugeait si légère qu'il continua à visiter ses malades jusqu'au dernier jour de sa vie. Après s'être levé le matin de ce jour fatal, assez dispos en apparence, il fut obligé de se recoucher par un manque de forces subit dont les gens de sa maison ni lui-même ne s'étaient point aperçus jusque-là; il cessa de vivre peu d'heures ensuite au milieu de ses confrères, qui ne purent remédier au danger reconnu trop tard. Il faut convenir qu'ici comme dans quelques catarrhes aigus avec forte affection cérébrale, que nous avons vu se terminer par la mort en 48 heures, le médecin est toujours appelé trop tard pour avoir le temps de s'armer contre la maladie. Dans des circonstances aussi difficiles, la prudence ne doit-elle pas exiger impérieusement que nous prenions d'avance toutes les précautions possibles contre cet état asthénique qui survient sinistrement comme un coup de foudre, surtout chez les vieillards et les sujets faibles. En adoptant ces précautions, il pourra quelquefois arriver que nous aurons employé des remèdes inutiles; mais au moins nous n'aurons pas à nous reprocher de les avoir négligés dans les cas où ils peuvent être nécessaires.

(*La suite au prochain cahier.*)

---

tamment dans le *Journal universel des sciences médicales*, t. VI, p. 124, et dans les *Annales politiques, morales et littéraires*, du mois de septembre 1817? (*N. du R.*)

Réflexions sur la nature et le traitement des affections vénériennes, présentées au congrès médical de Nantes, dans la séance du samedi, 5 juillet 1835, par M. le docteur Gély (1).

La syphilis récemment contractée, ou succédant à une affection ancienne, se présente, suivant nous, à l'observation avec des symptômes très-variés à la vérité, mais portant tous un caractère spécial à la forme soumise à nos regards, et formant un des traits généraux de la maladie. Elle nous semble donc assez distincte des autres lésions des parties sexuelles pour laisser rarement du doute sur son origine et sa nature.

On a prétendu que des plaies, des excoriations irritées par des moyens mécaniques, ayant revêtu ces caractères, avaient été prises pour des ulcères syphilitiques; mais quelle peine ne s'est-on pas donné pour produire de pareils résultats? et les organes de la génération sont-ils placés dans ces conditions de torture quand l'approche toute momentanée d'un homme, quelquefois sans introduction du membre viril, a donné naissance à des chancres ou à la gonorrhée. Ne doit-on pas s'étonner de voir le même résultat produit par deux causes si évidemment inégales dans leur mode d'application.

En réponse à cette première objection on a présenté la spontanéité de la syphilis. On doit en effet être porté à croire que cette affection, aujourd'hui si évidemment contagieuse, est née un jour spontanément comme toutes les maladies, comme la rage et la variole, qui peuvent apparaître sans infection préalable, bien qu'elles jouissent incontestablement de la faculté de se transmettre par contagion. Mais cette spontanéité de la vérole, si douteuse à l'époque actuelle, si difficile à constater, étant admise, ne pourrait encore être regardée que comme une rare exception dans les lois de production actuellement connues de cette maladie, et ne saurait par suite faire changer d'opinion sur la cause de son mode de propagation le plus commun.

Dans l'immense majorité des cas ces symptômes n'ont été observés que consécutivement à des relations de toucher, ou de rapprochement intime avec des personnes atteintes de quelques symptômes syphilitiques. Et, si d'un côté il a fallu dans beaucoup de circonstances conserver du doute à cet égard, on pourrait en revanche dire que jamais on n'a administré des preuves positives en faveur de l'opinion contraire. Observons à cet égard que la présence de symptômes syphilitiques secondaires chez une personne qui n'aurait point éprouvé de signes primitifs d'infection, ne suffirait même pas pour les faire rapporter à une autre cause que la contagion, car on a recueilli plus d'une observation authentique attestant qu'immédiatement après un rapprochement impur on a vu se manifester d'emblée des affections aussi décidément syphilitiques que celles qui sont concomitantes ou subséquentes des symptômes locaux primitifs; affections que l'analogie et une saine logique nous forcent de rapporter comme effet à ce coït contagieux.

On a cité plusieurs faits de cette classe; mais que leur nombre serait réduit, si l'on avait toujours porté un sérieux examen sur les parties génitales, la bouche, l'anus et toutes les autres parties où peut s'exercer le contact vénérien par libertinage ou imprudence! J'ai eu récemment l'occasion de lever tous les doutes d'un de mes honorables confrères, trop confiant dans les assertions réitérées, et pourtant mensongères, du malade confié à ses soins.

Existe-t-il un seul exemple authentique démontrant la possibilité d'une affection en tout semblable aux syphilides chez une personne chaste, tenue éloignée de toute contagion? chez celles qui, par état ou par une organisation trop inerte, gardent ordinairement la continence? Et cette observation n'est-t-elle pas une preuve toute puissante en faveur de l'impossibilité du développement d'une semblable maladie par une autre voie que par celle d'un rapprochement contagieux?

Les faits cités hier par M. Devergie semblent renverser cette proposition; mais en les admettant non-seulement comme vrais, mais encore comme primitivement recueillis par des observateurs exacts et instruits, on pourrait encore demander si les affections dont on a parlé présentaient réellement le cachet syphilitique, et si elles auraient pu reproduire par contagion de nouveaux symptômes de vérole; il me semble au moins permis de rester dans le doute à cet égard.

La contagion suppose un agent matériel, et cet agent a dû être admis par tous les médecins qui ne méconnaissent pas le caractère de la syphilis. La grande majorité des médecins admet donc l'existence du virus syphilitique, tandis que d'autres prétendent expliquer tous les phénomènes consécutifs à l'infection par l'exercice des sympathies.

Je vais reproduire ici quelques-unes des objections faites contre cette seconde hypothèse, objections qui me semblent être restées sans réponse.

Je demanderai pourquoi ces sympathies ne s'exercent jamais à la suite des affections des organes génitaux non réputées syphilitiques, telles que des excoriations, suites du coït et de la masturbation ou des éruptions de l'*herpès préputialis;* ainsi une plaie, un vésicatoire se sont-ils transformés en ulcères vénériens à la suite de ces lésions, comme cela arrive quelquefois à la suite d'une infection vénérienne? A-t-on vu naître l'iritis, l'ophthalmie blénorrhagique ou l'engorgement du testicule? En admettent même que la peau et les membranes muqueuses soient liées par une sympathie si étroite avec les organes générateurs, il resterait à

(1) Un congrès scientifique destiné à la discussion des nouvelles doctrines sur la nature et le traitement de la *syphilis*, a eu lieu à Nantes il y a deux mois. Parmi les pièces intéressantes de cette assemblée, celle-ci, qui nous a été adressée par l'auteur, nous paraît mériter l'attention de nos lecteurs.

(*N. du R.*)

expliquer quelle cause la met en jeu uniquement après l'infection locale syphilitique. Une légère blennorrhagie, un chancre élevé au prépuce suffiront pour donner lieu à des exostoses, à des caries, ou tout au moins à des douleurs osteocopes au tibia, au frontal ou à la clavicule ; et un excès prolongé de masturbation, des excoriations, des fissures, suites de l'excès d'action ou de la disproportion des parties dans un coït pur, les opérations du phimosis et de la circoncision seront impuissantes à produire ce résultat? S'il n'y a rien autre chose que des sympathies mises en jeu dans le premier cas, elle doivent l'être nécessairement dans le second.

L'orgasme des parties sexuelles, porté à son maximum pendant la copulation, peut, dit-on, être la cause qui les met en mouvement. Mais, s'il en est ainsi, la masturbation pourrait quelquefois amener le même résultat. Les symptômes d'infection devraient être en raison directe de l'état d'éréthisme sensuel apporté dans l'acte vénérien, en raison de sa prolongation et ces suppositions ont été bien souvent démenties par l'expérience. Enfin, ces sympathies seraient sans doute moins énergiques, plus bornées dans leur sphère d'action, dans les cas où la syphilis s'est développée à la suite d'un contact étranger aux parties sexuelles, comme par l'inoculation dans une plaie. Or, l'expérience a appris que dans ce cas les symptômes étaient souvent infiniment plus redoutables que dans tout autre. Y a-t-il orgasme des parties quand un accoucheur propage la vérole aux femmes confiées à ses soins, après l'avoir puisé à cette source, ou chez le rabbin cité par MM. Biett et Cullérier, qui infecta un enfant nouveau né, en terminant suivant l'usage l'opération de la circoncision, par la succion de la verge, lorsqu'il était atteint de chancres à la bouche (1)? et ne sait-on pas que les faits de ce genre abondent?

Enfin, l'hérédité si bien constatée de ces affections, et la longueur si variable du temps qui sépare l'infection première de l'apparition des symptômes secondaires, s'accomodent-elles mieux de l'hypothèse des sympathies ?

Il nous semble évident que la seule supposition capable d'expliquer convenablement l'ensemble des phénomènes, est celle de l'existence d'un virus ; elle seule se met complètement en harmonie avec les résultats de l'observation, bien encore qu'elle n'apprenne pas pourquoi les symptômes secondaires n'ont pas le pouvoir de transmettre par le contact la maladie qu'ils caractérisent ; pourquoi ces symptômes se montrent seulement des mois et des années après l'infection.

Je vais, d'après cette conviction, reproduire les réponses faites à quelques-unes des objections élevées contre cette hypothèse.

S'il existe, a-t-on dit, un virus dans l'ulcère vénérien primitif, son action doit être identique, et le résultat toujours le même, comme cela arrive pour la variole, la vaccine, la pustule maligne dans lesquelles le même symptôme succède toujours à l'infection, et quelle différence ne voyons-nous pas dans les résultats de l'infection vénérienne ! Je répondrai que, quelle que soit la nature probable et le mode d'action de ces principes, on ne saurait être en droit de vouloir les retrouver dans celui de la syphilis ; que chacun des agens morbides qu'on suppose introduit dans l'économie animale et agissant comme cause déterminante, dans la peste, les affections typhoïdes, la pustule maligne, la rage, les fièvres éruptives, la vaccine, le choléra ou les fièvres intermittentes, chacun de ces principes, dis-je, a son mode particulier de développement, de durée, ou d'inoculation, sans qu'on puisse rigoureusement rien conclure de l'un à l'autre *à priori*. Ainsi la variole seule jouit de trois modes de transmission, tandis que la plupart des autres maladies ne se propagent que par la voie de l'atmosphère, et que pour un certain nombre le dépôt de liquide virulent sur la peau dépouillée ou revêtue de son épiderme, ou dans une plaie, est la condition nécessaire à leur développement. Les mêmes différences que je viens de signaler relativement au mode de communication de ces agens producteurs se retrouveraient en les comparant sous d'autres rapports. Et si l'on venait à rejeter cet argument, je répondrais encore que bien loin qu'on puisse affirmer qu'un même virus doit produire une altération toujours identique, le contraire est démontré par l'expérience dans les lésions locales variées qu'on voit apparaître chez les jeunes gens adonnés aux travaux d'amphithéâtre qui se sont fait une piqûre souvent inaperçue ; ulcérations, indurations, adénites, engorgemens lymphatiques noueux, phlébite, tels sont les accidens variés qu'on observe chez eux.

Le principe contagieux de la syphilis, que nous croyons exister dans les produits de suppuration des lésions primitives, a trouvé moins de contradicteurs que celui qu'on a supposé introduit dans la circulation générale par l'absorption. Inerte pendant un temps très-variable, se manifestant plus tard par des lésions qui portent, quoi qu'on en dise, un caractère spécial affectant toujours de préférence certains tissus, certains organes, et laissant quelquefois pour trace une cicatrice indélébile. De là, la naissance d'une autre explication présentée par les médecins qui, ne niant pas le caractère contagieux de la maladie, admettent ainsi tacitement l'existence d'un principe transmissible dans la première phase de la maladie. Pour eux son existence est limitée, comme l'est celle des agens de la variole, de la pourriture d'hôpital, à la production des symptômes primitifs ; mais ceux-ci à leur tour développent dans l'économie animale une disposition spéciale, une modification générale, qui plus tard, impriment aux maladies qui surviennent sous l'influence de causes simples, le caractère de spécialité que l'on reconnaît aux syphilis consécutives. Cette explication me semble reculer la difficulté au lieu de la résoudre. Il resterait en effet à demander quelles sont les causes prochaines de la modification ou cachexie vénérienne. Mais je me bornerai à demander jusqu'à quel point

(1) Humbert, *Manuel des syphilides.*

cette modification est détruite par le mercure ou les autres anti-syphilitiques. Virus ou modifications, la question du traitement domine ici, et cette explication ne pouvant faire repousser la médication que je crois rationnelle, je n'attacherai que peu d'importance à son admission. L'hypothèse du virus me semble cependant plus satisfaisante, plus vraisemblable, plus propre à lier entre eux les symptômes de la syphilis. N'expliquerait-elle pas seule convenablement la présence d'affections vénériennes développées chez le fœtus avant ou peu de temps après la naissance? Celle qu'on voit naître chez des soldats, des marins embarqués à l'état sain, chez des jeunes gens nouvellement mariés en état de santé apparente, à des femmes irréprochables, et chez lesquels, sans phénomènes d'irritation locale, on voit naître d'effrayans symptômes consécutifs, qui, s'accroissant avec rapidité sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, cèdent comme par enchantement aux mercuriaux. Elle seule explique pourquoi les soldats anglais transportés en Portugal présentèrent des symptômes si graves de syphilis, lorsque chez les indigènes cette maladie est assez bénigne pour ne pas attirer toujours leur attention; l'influence du climat, de la nourriture, des fatigues et des revers étant la même pour tous.

Une des objections élevées contre l'hypothèse du virus absorbé suppose que s'il existe ainsi en circulation chez tous les vérolés, il doit toujours se manifester quand une plaie, une opération, une irritation forte vient à naître dans un point quelconque de l'économie. Et d'abord en saine logique, de ce qu'il aurait manifesté son existence une ou plusieurs fois, elle pourrait être regardée comme incontestable; mais chez un scrophuleux, toute plaie se transforme-t-elle en ulcère scrophuleux? Si un vice, une modification générale comme vous dites ne se manifeste pas toujours là où une irritation accidentelle semble l'appeler, pourquoi le virus, que vous rangez aussi dans les modifications générales, serait-il soumis à une autre loi? Connaissons-nous assez d'ailleurs les circonstances intimes propres à cette manifestation pour être en droit de conclure qu'elle doit avoir lieu dans telle ou telle circonstance, si le virus existe?

Pour nier l'existence du virus vénérien, quelques médecins constatent d'abord aux syphilis constitutionnelles le caractère spécial que nous leur avons attribué, tandis que d'autres trouvent, dans l'abus du mercure, la véritable cause de ces accidens consécutifs auxquels ils reconnaissent apparemment une physionomie particulière, puisqu'ils leur assignent une cause spéciale. Nous opposerons d'abord leur témoignage aux dénégations des premiers; puis, nous ajouterons que ces affections prétendues mercurielles se montrent parfois dans toute leur plénitude chez des jeunes femmes vertueuses, chez des nourrices éloignées des villes, chez des enfans nouveau-nés, qui n'ont pris ni les uns ni les autres un atome de mercure (1); et que dans les nombreuses professions où l'on manie ce métal on ne rencontre jamais de ces fausses syphilis, comme cela devrait être si le mercure seul les faisait naître. Je demanderai en outre à ceux qui nient le caractère spécial des affections vénériennes (et par suite le virus), parce qu'on ne peut le décrire, s'ils ont mieux défini les caractères propres à la fièvre, aux scrophules, au cancer? Cet aspect spécial, ce cachet syphilitique existe, et il est une des raisons qui tendent à faire admettre un principe particulier propre à cette maladie circulant dans nos fluides.

Je ferai observer ici que je n'attache à ce mot virus aucun sens déterminé incompatible avec les théories médicales généralement approuvées, et que j'éviterai toute discussion sur la nature d'un principe admis seulement à titre d'hypothèse générale.

La guérison d'une affection vénérienne locale bien caractérisée peut-elle être opérée par le seul secours de la nature? B. Bell avait répondu affirmativement à cette question dès 1797, contrairement à l'opinion de Hunter assez généralement admise; mais les expériences tentées depuis plusieurs années dans un grand nombre d'hôpitaux ne laissent plus aucune incertitude à cet égard; le repos et un régime modéré ont procuré la guérison d'un très-grand nombre de malades. J'ai pu moi-même vérifier ce fait un assez grand nombre de fois pour ne conserver aucun doute à son égard. Je dois cependant l'avouer, quelques idées préconçues, remontant au début de mes études médicales, la pratique de plusieurs hôpitaux de Paris, et surtout celle du célèbre chirurgien que la science vient de perdre, m'avaient singulièrement prévenu contre la possibilité d'un pareil résultat.

Mais parce qu'il est facile de faire disparaître assez promptement tous les symptômes d'infection locale à l'aide de moyens simples et purement diététiques, faut-il en conclure que le rôle du médecin est fini après cette guérison, qui peut n'être que palliative? Toute prévision sur l'état à venir du malade est-elle donc interdite, et devons-nous toujours nous borner à combattre les symptômes sans nous inquiéter de la cause? je ne le pense pas. La fréquence et la gravité des accidens consécutifs dans beaucoup de cas où aucun traitement n'avait été dirigé contre les phénomènes primitifs doit nous engager à combattre une cause dont l'influence est si fâcheuse. Je regarde donc la nécessité d'un traitement anti-syphilitique comme démontré dans les cas de syphilis ulcéreuse ou de gonorrhée prolongée.

Je suis prêt, au reste, à me rendre à l'évidence, quand des travaux nombreux, commencés avec bonne foi, poursuivis avec conscience, m'auront démontré que le mode de traitement adopté par l'école physiologique a sur celui que je défends l'avantage de voir naître *bien moins souvent* les symptômes secondaires sur un même nombre d'infectés. Il ne peut et il ne doit

(1) Il n'existe d'affection purement mercurielle que cette variété de l'eczéma qui a reçu le nom de lèpre mercurielle ou hydrargirie, et qui succède ordinairement aux frictions.

rester de division parmi nous que sur cette question, bien plus importante et par bonheur bien plus facile à résoudre que celle de l'existence du virus. Je ne puis même concevoir d'autre but à la réunion actuelle que celui de la poser à tous comme but d'études et de travail, l'avenir ayant seul le pouvoir de la résoudre.

Je ne terminerai pas sans essayer de justifier le mercure d'une partie des reproches qui lui ont été adressés. Ce médicament actif a été regardé comme l'unique cause de l'apparition des syphilides chroniques, quand d'un autre côté on a cru bien constaté qu'il offrait le plus sûr moyen de les faire disparaître ; a-t-on jamais vu les ouvriers doreurs ou les mineurs pris d'excroissances, d'ulcérations au pourtour du nez ? Thompson n'est point tombé dans une telle erreur ; il affirme seulement que les symptômes consécutifs sont un peu *plus fréquens* après un traitement mercuriel dirigé contre les phénomènes primitifs de la vérole, assertion qui me semble trop généralisée, en égard au peu de temps pendant lequel les malades ont pu être soumis à l'observation après leur guérison apparente. Elle ne s'applique donc rigoureusement qu'à la période qui suit immédiatement celle-ci, et nullement à celles qui lui succèdent, périodes à l'égard desquelles des travaux ultérieurs me semblent nécessaires (1). En continuant à combattre quelques-unes des objections élevées contre le mercure, j'espère démontrer que souvent des affections graves, développées long-temps après l'infection, auraient sans doute été prévenues par l'emploi d'un traitement mercuriel, puisque celui-ci en a triomphé rapidement.

Cet agent dangereux et irritant, suivant les uns, agissant comme révulsif, suivant d'autres (Jourdan), administré à des hommes en état de marasme pulmonaire, ou laryngé avec douleurs ostéocopes, les a rapidement rétablis en état de santé. Vous avez entendu hier la lecture d'un fait de ce genre, MM. Marc et Andral en ont observé deux (2), et il en existe plusieurs dans un recueil plein de faits publiés en 1813 par un de nos plus savans praticiens. Enfin, dans deux cas également rapportés par M. Andral (3), les symptômes les plus évidens et les plus graves de gastrite chronique ont été soulagés et parfaitement dissipés par un traitement mercuriel. Je regrette vivement que les bornes imposées à ce travail ne me permettent pas de reproduire textuellement les faits que je viens de citer, ainsi que les réflexions qu'ils ont inspirées à M. Andral. Mais je ne puis passer sous silence la note suivante, dans laquelle il formule son opinion sur la valeur intrinsèque de ces faits. Nous prions le lecteur, dit-il, de remarquer que le succès du traitement mercuriel, en pareil cas, est constaté par un trop grand nombre de faits pour qu'on puisse le révoquer en doute, quand même on n'admettrait pas l'existence du virus syphilitique. Il me semble que ces observations tendent à démontrer la spécificité d'action du mercure, bien plutôt que son action révulsive ou irritante, action réelle dans plusieurs circonstances, mais qui n'en a pas moins été exagérée par les partisans de la nouvelle doctrine.

Nous avons établi précédemment que le mercure seul ne pouvait produire aucun symptôme d'apparence vénérienne, et que son rôle se bornerait tout au plus à rendre l'apparition des symptômes consécutifs chez un vérolé, un peu plus fréquente et un peu plus grave à certaine époque. La même réponse doit être faite à ceux qui ont été jusqu'à lui attribuer, comme propriété spéciale, de développer des affections du périoste et des os. Un homme non vénérien, soumis à l'influence du mercure, n'a jamais été frappé d'exostose ou de carie; mais je suis très-porté à croire, d'après mes observations personnelles, que chez un vérolé l'emploi d'une trop forte dose de mercure peut accroître beaucoup les symptômes d'irritation du périoste et des os. Un des fondateurs (1) de la nouvelle doctrine, voulant déterminer chez les animaux un état d'infection mercurielle pour démontrer anatomiquement les lésions produites par ce métal, frictionna chaque jour un chien bien portant avec un gros d'onguent mercuriel ; l'animal, ayant succombé après la trentième, ne présenta qu'un état de congestion ou d'inflammation du tube, des glandes salivaires et du cerveau, mais aucune altération des os. C'est donc seulement l'emploi intempestif du mercure dans l'état particulier de l'économie, qui suit une infection générale qu'on peut regarder comme ayant produit quelquefois des lésions du tissu osseux, puisqu'on peut opposer aux faits mis en avant pour appuyer l'opinion contraire, un grand nombre d'observations non moins exactes assurément, qui prouvent que cet agent a souvent rapidement triomphé de ces mêmes lésions qu'on l'accuse de produire. Ainsi, tout en concédant qu'il a développé un symptôme nouveau, ou qu'il l'a au moins exaspéré, je crois bien démontré que c'est le plus souvent par suite de l'administration du remède à une dose trop élevée, ou par défaut d'observation du régime, que l'on a vu naître ces accidens.

Ce sont, en effet, deux conditions nécessaires au succès d'un médicament aussi énergique que le mercure. Et les cas d'insuccès qu'on a présentés, sont composés, en grande partie, de ceux où les excès continuels des malades où l'emploi prématuré du remède devaient en rendre l'administration dangereuse. C'est pour avoir obstinément maintenu son usage chez des gens atteints de gonflement aux gencives, de phlogose intestinale ou pulmonaire, de scrophules; d'irritabilité nerveuse, qu'on a dû s'arrêter après avoir porté la dose jusqu'à produire une altération des organes. On ne saurait trop le répéter, pour retirer de ce médicament

(1) Les travaux de Thompson et ses résultats statistiques, publiés en Suède et en France, doivent ainsi être soumis à une sévère appréciation, pour déterminer quelles conséquences rigoureuses on est en droit d'en tirer.

(2) Andral, *Clinique*, t. IV, p. 126 ; t. II, p. 212.

(3) Andral, *Clinique*, t. IV, 122, 126.

(1) Des Ruelles, 41.

tous les avantages qu'il procure souvent, il faut interroger l'idiosyncrasie générale de son malade, aussi bien que chacune de ses fonctions en particulier et déterminer son emploi s'il y a lieu, sa dose, son mode d'administration d'après cet examen. N'est-il pas malheureusement bien plus commun de voir des praticiens, oubliant les conseils de l'expérience et les lois d'une saine physiologie, donner constamment le mercure au début, toujours à la même dose et pendant un temps rigoureusement déterminé à l'avance? Une semblable méthode a nui beaucoup à l'action et à la réputation du remède.

Nous avons admis sans difficulté, et comme un résultat d'expérience, qu'en général les symptômes primitifs disparaissent également, qu'ils soient traités par les anti-phlogistiques ou par les mercuriaux. Mais nous ne saurions oublier que dans beaucoup de cas où ils s'étaient d'abord montrés rebelles, ces agens les ont seuls et merveilleusement dissipés, et que ce n'est pas seulement l'heureux emploi du mercure contre des lésions de syphilis constitutionnelle qui a légitimé cette expression de pierre de touche employée par quelques praticiens pour témoigner de son succès constant. Nous trouvons dans un ouvrage récent (1), à l'appui de cette assertion, la citation suivante, qui servira aussi à démontrer que les observateurs du seizième siècle quittèrent, par suite des résultats de l'expérience, la méthode dite simple et rationnelle pour le traitement mercuriel. On lit dans Astruc que les médecins, au début de l'épidémie, dans l'ignorance où ils étaient de la nature du mal, après avoir abandonné les malades, devinrent enfin honteux de leur inaction, et traitèrent, mais sans succès, par une diète très-rigoureuse, la saignée, les boissons délayantes ou laxatives, les bains, les frictions huileuses anodines, les bains d'étuve et les fumigations aromatiques, moyen qu'on délaissa lorsque Gaspard Torella de Hutten, et Bérenger de Carpi eurent fait connaître quel succès extrêmement fréquent on obtenait pour un sage emploi du mercure.

En résumant les considérations qui précèdent, je dirai :

1° Que de tous les agens thérapeutiques le mercure est, sans contredit, le plus efficace pour guérir la syphilis;

2° Que son usage doit toujours être en rapport avec les forces du sujet et ses dispositions particulières, et qu'on doit s'en abstenir chez les personnes trop irritables ou atteintes de phlegmasie chronique;

3° Que c'est surtout contre les phénomènes secondaires qu'il se montre puissant. Je le regarde même comme seul capable d'en triompher dans la grande majorité des cas;

4° La nécessité de son administration, au début ou à la fin de la période d'infection locale moins bien démontrée, me semble devoir être admise par les praticiens prudens, jusqu'à ce que l'expérience ait nettement prononcé sur son utilité. Dans tous les cas, elle doit être précédée par l'emploi des anti-phlogistiques s'il y a une forme inflammatoire un peu marquée aussi long-temps que ces phénomènes persisteront.

De plus, chez beaucoup de personnes, par suite d'une disposition individuelle, le traitement doit être employé avec une prudence et une réserve extrêmes; et chez quelques autres, enfin, il faut préférer l'emploi des sudorifiques comme étant plus en rapport avec la susceptibilité de leurs organes.

(1) Humbert, *Manuel des Syphilides*.

JOURNAL

DE

LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

OCTOBRE 1835. (4e TRIMESTRE.)

Discours prononcé à la séance annuelle de la Société Phrénologique du 22 août 1835; par M. le Professeur Broussais, de l'Institut, Président. *Sur la fausse philosophie et l'abus des abstractions.*

Messieurs,

C'est pour la cinquième fois que la société phrenologique de Paris célèbre la mémoire du fondateur de la science qu'elle cultive, en se présentant devant le public pour lui rendre compte de ses travaux et lui faire apprécier le but de ses efforts.

M. le secrétaire-général se charge de la première tâche. Je vais essayer de m'acquitter de la seconde; car ce que nous désirons le plus, c'est d'être bien entendus lorsque nous traitons de la science phrénologique.

En effet, bien des personnes se figurent encore les facultés intellectuelles, les sentimens, les instincts, comme des êtres logés dans des bosses à la superficie du cerveau, et ne s'enquièrent pas de ce qu'est ce cerveau lui-même. Nous croyons devoir rappeler à cette occasion qu'il n'existe point dans le crâne de substance cérébrale neutre et indépendante des facultés; la masse entière n'est composée que d'organes destinés soit aux instincts, soit aux sentimens, soit aux facultés de l'intelligence. Ces organes forment des masses, et ces masses renfermées dans le crâne, et connues sous les noms de cerveau et de cervelet, constituent l'encéphale.

L'encéphale est aussi l'organe des mouvemens; car que nous servirait d'avoir des facultés si nous ne pouvions les manifester par des actes? Des instrumens nous sont donnés pour agir; les muscles sont ces instrumens si nécessaires, et sans eux nous serions pour l'observateur au-dessous de l'animal et au niveau de la plante; car s'il se passait quelque chose dans notre intérieur, nul être intelligent n'en aurait l'idée, puisque cette idée est toujours transmise à nos semblables par la parole, le geste ou la locomotion, qui sont les œuvres des muscles.

Le mouvement du muscle est donc nécessairement associé à la pensée, au sentiment, et si vous êtes trahis dans vos projets les plus cachées, c'est toujours par le muscle, qui altère malgré vous la direction de votre œil, l'expression de vos joues, de vos lèvres, le timbre de votre voix; c'est lui qui produit le soupir, le sourire et jusqu'au plus léger dérangement dans la régularité de vos mouvemens respiratoires. En vain affecterait-on de soutenir que l'altération du coloris de la face suffit pour dévoiler notre intérieur : les variations du coloris signifient peu de chose par elles-mêmes, en ce sens; elles reçoivent toute leur valeur du jeu mobile des muscles de la face.

Ce que nous devons ajouter maintenant, pour vous compléter l'explication de la grande masse du cerveau de l'homme, c'est que tous les instincts, toutes les passions, toutes les facultés, en un mot, trouvent dans cet appareil des organes nerveux chargés de mettre en action les muscles destinés à satisfaire leurs besoins. En d'autres termes, la substance cérébrale est composée de nerfs intracraniens pour toutes les facultés qu'elle possède, et d'un nombre correspondant d'autres nerfs qui se répandent au-dehors du crâne, dans tout le corps, pour exécuter tous les mouvemens qu'elle commande. De plus, il faut se souvenir que toutes ces masses nerveuses renfermées dans le crâne sont doubles comme les organes des sens que vous voyez placés à l'extérieur. Telle est la raison appréciable du grand volume de l'encéphale dans l'espèce humaine. Si l'impulsion intérieure ne se trahit pas toujours à l'instant même par des actes, comme il paraîtrait devoir résulter d'une pareille organisation, c'est que la volonté s'y oppose; mais ce *veto* de la volonté n'est lui-même que l'action d'un organe cérébral; et cet organe, en l'exerçant, fait encore agir des muscles qui trahissent son effort.

Le sentiment et le mouvement sont donc étroitement unis dans notre nature, et les êtres sensibles ne paraissent sentir que pour agir à l'instant même. Vous le voyez dans toute l'animalité; vous l'observez aussi chez l'enfant, car ce n'est qu'avec l'âge et par le secours de l'éducation qu'il parvient à surseoir aux actes que sollicitent ses impulsions, et qu'il acquiert le pouvoir de substituer l'expression d'une pensée et d'un sentiment à celle d'un autre. L'homme n'est point libre dans le début de sa vie, il ne le devient que lorsque les organes auxquels tient son libre arbitre sont développés. Mais ce n'est pas encore tout; il cesse momentanément de l'être dans le sommeil, dans les rêves, dans le som-

n ambulisme, dans la folie, dans presque toutes les maladies fébriles d'une certaine intensité. Eh bien! l'observation nous apprend que ce changement tient, pour le sommeil, à ce que les organes de la raison et de la volonté se reposent pendant que ceux des instincts et des sentimens veillent encore; pour tous les autres cas que nous venons de citer, à l'excitation maladive de certains organes du cerveau, qui intervertissent ou paralysent ce même organe de la volonté.

Si quelquefois l'homme conserve des vestiges de liberté dans les états divers que je viens de vous signaler, il doit cette prérogative, dont les animaux sont privés, à l'éducation de son intelligence qui a fortifié en lui l'instrument ou l'organe de la raison, et a donné une haute prépondérance à la volonté.

Oui, Messieurs, toutes les facultés se perfectionnent en nous; celle du mouvement musculaire chez l'homme de peine, celles du sentiment et de l'imagination chez l'artiste; et l'homme dont la raison n'est point cultivée, dont la volonté n'est point exercée à régler les mouvemens que sollicite l'instinct, obéit aux impulsions les plus nuisibles à l'état social, les plus contraires à la haute mission que l'homme doit remplir dans l'ordre moral, si les organes de ces impulsions se trouvent prédominans.

Vous pouvez juger maintenant de quelle importance doit être la science qui nous exerce à nous rendre maîtres de nous-mêmes. Or, cette science, c'est la phrénologie; c'est cette partie de nos connaissances qui dissèque le moral humain, et en rattache les élémens à nos organes, c'est-à-dire à l'encéphale. Ces organes sont toujours là lorsque la faculté existe. Les idiots seuls sont privés des principaux d'entre eux. Si plusieurs existent ensemble à un haut degré de développement, ils forment des masses. S'il n'y en a qu'un petit nombre de bien développés, ceux là deviennent prédominans et présentent des protubérances ou des *bosses*, pour me servir d'une expression dont on a fait un étrange abus et un moyen d'attaque qui a séduit l'ignorance

Mais ne croyez pas, Messieurs, que le phrénologiste s'y trompe : un groupe d'organes pour les instincts de conservation ou d'égoïsme; un autre pour les instincts sociaux plus rélevés et qui ont été décorés du titre de sentimens; un troisième pour les facultés de l'intelligence; au milieu desquelles se distingue celle de la raison, où brillent la comparaison, le jugement, le sentiment de la personnalité ou le *moi*, et celui de l'action des causes, dit aussi *causalité* : tels sont les seuls élémens de notre moral.

Cette division n'a jamais trompé la sagacité des véritables phrénologistes. Si nous ne pouvons pas toujours spécifier chaque élément du moral humain ou chaque faculté, en désigner le siége d'une manière qui ne laisse rien à désirer; du moins, les masses ou groupes d'organes sont toujours appréciables; on peut en signaler, sinon l'espèce, du moins le genre, et circonscrire les facultés dans des limites dont elles ne sauraient sortir. Rendons ceci sensible par des exemples.

Le phrénologiste, dans le cas où aucune faculté en particulier n'est singulièrement éminente, ne vous dira pas : « telle passion, tel goût vous domine; mais il reconnaîtra qu'un certain nombre d'instincts, ou de sentimens ont dû régler votre conduite dans le monde, et que votre éducation a dû rendre quelques-uns d'entre eux les arbitres de vos destinées; car c'est ainsi que s'expliquent les mœurs des nations aux différentes époques de l'histoire. Si le phrénologiste observe chez vous un développement suffisant des organes de la raison et du pouvoir sur vous-même, il se tiendra dans une plus grande réserve sur la détermination de vos autres facultés; mais s'il rencontre un sujet chez qui les organes du jugement, de la raison soient faibles, tandis que la force reste aux instrumens des passions, il n'hésitera pas à croire que ce malheureux a été entraîné vers des actions d'un ordre peu relevé; et soyez sûr qu'il ne tombera pas dans l'erreur.

Plusieurs organes sont petits, très-rapprochés et se confondent facilement dans la région des rapports qui résident dans la partie inférieure du front : on ne parviendra pas toujours à distinguer bien nettement quel est celui de ces organes qui a fourni le plus de richesses à l'intelligence; mais remarquez que plusieurs d'entre eux peuvent jusqu'à un certain point remplir les fonctions des autres, et que les faits extérieurs dont ils sont les portes d'entrée servent tous au développement de notre intelligence. Le sourd et l'aveugle de naissance ne peuvent-ils pas également perfectionner leur raison et acquérir la sagesse? Par conséquent chaque fois que le phrénologiste observera un front large, une voûte orbitaire saillante, un arc sourcilier généralement développé, il reconnaîtra l'homme de l'observation, l'homme de l'expérience, en général, quoiqu'il ne vous dise pas toujours quel a dû être l'élément matériel de cette expérience; mais s'il compare cet individu avec celui chez qui une grande masse est dans le haut du front, tandis que la région inférieure est peu développée; il vous affirmera que ce dernier estime moins les faits que le précédent, qu'il a plus de tendance à la théorie qu'à la pratique, et qu'il se livrera volontiers aux spéculations abstraites, si son éducation le pousse dans cette direction.

Nous venons de vous donner des exemples de ce que vous pouvez communément et sans indiscrétion demander à la phrénologie; il est beaucoup de cas où elle vous donnera davantage : ce sont, vous le sentez parfaitement, ceux où une faculté spéciale prédomine sur les autres d'une manière très-remarquable et où rien ne s'est opposé à ce qu'une telle faculté prit tout son essor. Dans ces cas, le jugement du phrénologiste offre un degré de justesse qui étonne. C'est ainsi qu'il vous signale avec certitude l'homme dominé par l'orgueil, par l'ambition, par la crainte de se faire des ennemis, par le sentiment de la justice et du devoir, par la bienveillance, par l'attachement à ses amis, par l'espérance, par le besoin de vénérer, par une impulsion continuelle à s'étonner, à s'extasier même, devant les choses et les événemens extraordinaires, par un désir insatiable de

posséder, par la tendance incessante à dissimuler et à se cacher pour surprendre, par l'aptitude à simuler toutes les vertus qu'il n'a pas.

Mais, Messieurs, cette rigueur de détermination n'est nullement nécessaire à notre science pour qu'elle devienne une des plus utiles à l'ordre social; et vous allez le sentir.

S'il est vrai que la nature ait groupé les unes auprès des autres les facultés qui tendent à peu près au même but, vous parviendrez toujours, par le secours de la phrénologie, à distinguer si un enfant est né pour les sciences ou pour les arts; pour l'observation ou pour la méditation; pour la poésie et l'éloquence ou pour la haute philosophie; pour la mécanique ou pour l'étude des langues, etc.; s'il doit y réussir, ou si l'infériorité de ses aptitudes ne laisse de ressources que pour le travail d'exécution, sous la direction d'une intelligence plus puissante; vous constaterez également s'il réunit, à plusieurs aptitudes distinguées, le courage, la conscience, l'estime de soi, et s'il est fait pour figurer parmi les hommes supérieurs.

L'observation pure et simple, dégagée de tout préjugé philosophique, peut, dira-t-on, conduire l'instituteur au même résultat. Cela peut se vérifier quelquefois; mais comment s'affranchira-t-il des préjugés de l'éducation ontologique qui lui montrent l'intelligence comme un être indépendant, servi par des organes, et auquel on peut donner toutes les impulsions, toutes les aptitudes possibles, en obligeant ses serviteurs à toujours lui présenter un certain ordre de faits, une série déterminée de sentimens, de conceptions? Ignorant que les aptitudes sont dans l'organisation, le maître s'opiniâtrera à forcer la nature; il négligera de cultiver celles qui sont très-prononcées, pour en développer d'autres dont le germe existe à peine. L'éducation routinière des temps passés ne prouve que trop cette vérité. Pourquoi donc refuserait-on les secours de la crânioscopie, qui seule peut conduire les parens et les instituteurs à ménager un temps si précieux? Voilà pour ce qui concerne l'éducation.

Je m'abstiendrai de toute réflexion sur la nécessité, hélas! trop impérieuse de faire éclairer par des phrénologistes les juges en matière criminelle, et les jurés qu'épouvante si souvent l'atrocité de certains forfaits dont ils ne peuvent entrevoir la source. Il me suffira de renvoyer au fondateur, à l'illustre Gall, qui a traité cette question avec tant de supériorité; mais permettez que je touche en passant celle de la pénalité.

Qui ne voit que tout ce qui vient d'être dit à propos de l'éducation, peut être répété à l'occasion du système pénitentiaire? Au lieu d'assujettir aux mêmes travaux tous les détenus reconnus susceptibles de correction, mais reconnus par un habile phrénologiste, dirigez-les, d'après l'avis du même phrénologiste, vers le genre d'occupation qui convient à leurs organes, et que les maisons de correction soient organisées en conséquence.

Parlerai-je des armées en temps de paix? Que de soucis, que de maux n'entraîne pas l'oisiveté de quelques garnisons dans les intervalles des exercices! Que de talens ne se flétrissent pas pour avoir été soustraits à vingt ans à l'activité qui les mûrissait! N'y aurait-il donc pas possibilité de fonder dans les principales villes de garnison, des établissemens consacrés à un certain nombre de travaux, et d'y envoyer les soldats pendant les heures de leurs loisirs, en consultant le phrénologiste sur les aptitudes de chacun d'eux?

L'économiste peut-il rester étranger à la phrénologie? Je ne le pense pas, lui qui a tant d'intérêt à n'appliquer.... j'allais dire les bras, mais parlons en phrénologiste.... à n'appliquer les têtes qu'il fait travailler qu'au genre d'occupation où elles peuvent lui rapporter le plus de profit.

Mais, c'est principalement sur la philosophie et sur la morale que les phrénologistes réclament aujourd'hui de l'influence; car la philosophie s'applique à tout dans le commerce de la vie, et la morale ne saurait formuler ses lois que sous sa dictée.

Or, Messieurs, qu'est-ce que la philosophie? est-ce, comme on l'a cru jadis, la science des premiers principes et des causes premières? Est-ce la science de *l'être en soi*? est-ce la théologie?.. Mais où est le savoir dans ce genre d'études? Celui qui veut s'y livrer ne tarde guère à découvrir qu'on en est encore aux recherches, et qu'il n'y a point là de science proprement dite. La question est donc de savoir ce que l'on doit chercher en philosophie et comment on doit le chercher.

Ce que l'on doit chercher, c'est très-évidemment ce qu'il est possible de découvrir, pour acquérir des idées justes sur notre manière d'être, et sur notre destination au milieu de l'univers; car tel doit être le but de tout philosophe.

Eh bien! ce qu'il est possible de découvrir, ce sont les faits, que nous divisons en faits extérieurs et en faits intérieurs. Les premiers sont les corps dont nous constatons l'existence et les modifications ou changemens. Nous acquérons cette connaissance par nos sens, qui sont situés à la surface de notre corps, et par nos organes de rapports, dont la phrénologie a déterminé le nombre et la position dans notre encéphale. Si vous cherchez au-delà de ce que ces organes peuvent fournir, vous ne trouvez plus rien hors de vous; car vos recherches ne vous créent pas de nouveaux organes de rapport avec le monde extérieur. Que trouvez-vous donc alors? Ce qui se passe dans votre intérieur à la suite et par l'effet de l'impression des faits extérieurs. Vous contemplez, vous étudiez votre pensée, vos sentimens, vos impulsions, vos instincts, en un mot les faits intérieurs.

Ainsi, faits extérieurs, qui viennent par les sens de la vue, de l'ouïe, du toucher, de l'odorat et du goût; faits intérieurs, dont les uns sont le résultat des faits extérieurs, et les autres l'effet de certains changemens de nos organes qui se manifestent par le plaisir et par la douleur. Cette seconde sous-division est du domaine de la physiologie et de la médecine. Mais les faits intérieurs, quels qu'ils soient, ne peuvent être considérés comme constituant un monde intérieur indépendant

de la matière et du monde extérieur. Voilà tout ce qu'il nous est possible de découvrir, d'étudier et de connaître. J'aborde maintenant la seconde question : comment doit-on chercher la vérité dans ces deux ordres de faits ?

Evidemment, il faut la chercher en mettant continuellement les deux ordres de faits en rapport ; en n'adoptant aucune croyance sur les uns qui ne soit confirmée par les autres, ou qui ne s'associe avec eux d'une manière quelconque ; sans cette précaution on ne devient jamais ni philosophe, ni moraliste ; on ne possède qu'une science partielle, et jamais de notions générales, positives.

Celui qui se borne à étudier les faits extérieurs peut en apprendre beaucoup et devenir un savant ; mais s'il ne les rapproche pas, s'il n'en tire point d'induction, et s'il ne les compare pas aux faits intérieurs, il ne sera jamais un philosophe. Celui qui, méprisant les faits extérieurs, refuse de suivre les progrès des sciences physiques, et se contente d'étudier les faits intérieurs, les prend à son insu, pour des faits extérieurs, et les traite comme tels dans ses discours, dans ses écrits. Il croit faire des découvertes ; mais il se perd dans les chimères, et n'est compris que par ses adeptes.

Tel est le mystère de ces langues obscures qui vous étonnent dans la bouche des métaphysiciens de tous les temps : l'*être* en soi, *la matière ;* la *forme*, la *substance*, divisée en matérielle et spirituelle ; la *pensée*, séparée des organes ; les *images*, séparées des corps ; les *catégories*, les *entéléchies*, les *monades*, le sentiment de notre personne ou le *moi*, séparé de nous et généralisé : tels sont les élémens du langage des métaphysiciens. Eh bien ! ce sont des conceptions, c'est-à-dire, des opérations du cerveau humain agissant comme intelligence. Elles ont eu lieu à la suite de l'observation des faits extérieurs. Les mots que nous venons de réciter sont des signes conventionnels dont la destination première fut de rappeler les faits extérieurs qui donnèrent lieu à ces conceptions. Or, les métaphysiciens ont érigé ces conceptions en causes, en agens, en moteurs et modificateurs de ces mêmes faits extérieurs. Ils en ont fait quelquefois la cause première, et d'autrefois les agens secondaires. Voici des exemples de cet abus de langage : *l'être se pose d'abord, puis il crée et pose tout l'univers.* Le voilà donc Dieu ; bientôt il sera un soleil et lancera sans s'épuiser des émanations qui produiront tous les corps ; l'instant d'après il sera la mer, car ces émanations lui reviendront, comme les vapeurs aériennes précipitées retournent à l'Océan. (Ecole d'Alexandrie.)

Chez d'autres, la matière, qu'on dit inerte par elle-même, se trouvera, animée et façonnée par la forme, érigée en être actif ; ou bien la pensée de l'homme, généralisée, deviendra Dieu lui-même et représentera l'essence de tous les êtres. (Aristote.)

La *substance*, qui ne s'est saisie par aucun de nos sens, mais que nous concevons malgré nous, sera traitée tantôt comme un corps inerte, tantôt comme l'homme lui-même ou comme la divinité, et on la représentera faisant des prodiges.

Les *catégories*, mot ou signe destiné à rappeler le mode d'union des choses entre elles, ou des collections de choses, c'est-à-dire, mot qui rappelle une conception de l'intelligence à la suite de l'observation de l'extérieur, les catégories auront la fonction de borner l'être qui, tout-à-l'heure était la puissance suprême : les catégories maintenant pourront le fractionner, le limiter et en donner la notion, puisqu'il n'est rien sans elles, suivant Aristote.

Ainsi, voilà plusieurs faits intérieurs du genre des conceptions, qui agissent les uns sur les autres et sur les corps, comme agiraient des corps mêmes ; car on n'a pas, pour les mettre en action, d'autres verbes que ceux qui peignent les actes ou les modifications des corps ; d'autres adjectifs que ceux qui qualifient les corps. Mais voici bien autre chose : le chaud et le froid, qui sont des sensations ; le bien et le mal, l'amour et l'aversion, qui sont des sentimens moraux ; le plein et le vide, où vous reconnaissez des comparaisons, des jugemens, n'étaient-ils pas, avant Platon et Aristote, les créateurs et les modificateurs de l'univers ? et ces romans étaient retracés avec le même vice de langage, puisqu'on prêtait à ces conceptions les actions des hommes et les modifications des corps bruts. Autre roman : les images, ces reflets de la lumière partie de la surface des corps, étaient devenues chez Platon des modèles créés par Dieu avant les corps et qui leur avaient servi de type. Aristote y substitua les *Entéléchies*, conception destinée à exprimer la forme essentielle qui constitue un individu dans son espèce : puis cette forme fut mise en mouvement pour tendre à une fin ; car c'est l'âme végétative dans les plantes, et l'âme sensitive dans les animaux. Mais que sont ces âmes elles-mêmes ? Des signes qui rappellent des faits, et ces faits, les phénomènes inexpliqués de la vie. Voilà donc la vie qui est représentée par une configuration de corps, et cette configuration produit les faits de la vie.

Et ne croyez pas, Messieurs, que la philosophie moderne ait flétri ce jargon si ridicule : avec les entéléchies, Leibnitz a créé ses *monades*. Les monades sont en effet des formes substantielles ; mais elles sont bien au-dessus des entéléchies d'Aristote, car elles sont douées de la force actuelle de perception et de l'appétit ; elles sont par conséquent le *premier réservoir de la vie*. La vie dans un réservoir ! admirez. Elles sont plus encore, car chaque monade est la perception de l'univers. Mais ce qu'il y a de bien singulier, c'est que ces monades ne sont pas seulement les âmes des plantes, des animaux et des hommes ; leur créateur les retrouve dans les corps inertes ; chaque collection de molécules, une roche, un cristal, en possède une, et pour comble de singularité, il n'est pas une des molécules, pas un des atomes de ces masses qui ne possède encore sa monade. Mais attendez : la molécule, l'atome disparaîtront bientôt, par la subtilité du philosophe allemand, et la substance immatérielle restera seule dans

l'univers pour engendrer et transmuter la matière des corps : tous les corps seront des esprits, tous les esprits seront des corps ; et ces corps et ces esprits travailleront comme des ouvriers, comme des artistes ; penseront comme des savans ; comme des philosophes ; que dis-je ! ils opéreront comme des demi-dieux sous l'influence génésique de la monade des monades, qui est Dieu lui-même. Voilà, j'espère, un bel exemple de ce fatras métaphysique ; qu'on a décoré du titre de *Monde intérieur*.

Si je vous ai retenus quelques instans sur la monadologie, c'est parce que des psychologistes fameux de notre époque y trouvent encore aujourd'hui le secret de la haute philosophie. C'est là qu'est, suivant eux, la suprême sagesse ; c'est de cette source, un peu modifiée, qu'ils prétendent faire découler la morale et le grand art de régir l'ordre social. Ces éloges nous annoncent positivement le projet, bien arrêté dans quelques têtes, de gouverner les hommes avec des mots qu'ils n'entendraient pas : il y aurait, comme dans les gouvernemens théocratiques d'autrefois, une langue sacrée, comprise par les seuls adeptes, et qu'ils prendraient la peine de traduire pour le vulgaire ; mais seulement dans ce qui concernerait l'exécution.

Or, comme tous les citoyens ont des droits égaux à l'intelligence de leur code, il importe que la langue des psychologistes soit traduite dans son entier : et c'est à cette traduction que nous avons voulu faire servir les données dont la phrénologie vient de nous enrichir.

Je n'ai rien dit du sentiment personnel ou du *moi*, que l'on extrait aujourd'hui de l'homme adulte, sain, éveillé, pour en faire l'attribut, l'essence de l'humanité, et qu'on généralise ensuite pour qu'il devienne le type de la substance spirituelle. J'ai trop bien prouvé ailleurs que ce sentiment n'est qu'un des phénomènes du cerveau agissant dans certaines conditions ; qu'il ne contient point l'homme, parce que celui-ci ne serait l'homme ni dans le commencement de sa vie, ni dans son sommeil, ni dans beaucoup de maladies : cette nouvelle abstraction prospère je le sais ; mais lisez les psychologistes, et vous reconnaîtrez que leur *moi*, ne représentant qu'une des positions de l'homme, vous êtes obligés de chercher les autres dans l'observation par les sens.

Si j'ai été assez heureux pour me faire comprendre, vous devez concevoir maintenant, Messieurs, que pour ne pas s'égarer en philosophie, l'homme ne doit pas se borner à contempler ses sentimens et ses conceptions. Il doit, pendant qu'il s'observe sentant et pensant, étudier le sentir et le penser chez d'autres hommes, afin qu'il ne se prenne pas pour autre que ce qu'il est ; mais il ne faut pas qu'il se borne à l'observation de l'homme adulte, instruit, éveillé et sain comme lui-même ; il n'y trouverait pas tout ce qu'il doit apprendre, il n'y observerait l'homme que dans une des nombreuses positions de son existence. C'est un devoir pour lui, s'il aspire de bonne foi à la vraie philosophie, de remarquer comment la faculté de sentir et celle de penser se développent dans l'enfance, se fortifient dans l'âge adulte, se perfectionnent et se détériorent par l'éducation, par les travaux habituels, par les maladies. C'est en faisant cette étude qu'il remarquera s'il prend pour guide la physiologie du cerveau fondée par Gall, les rapports des facultés qui distinguent l'homme des animaux, et les hommes entre eux, avec les différentes régions de l'encéphale. C'est là qu'il trouvera bien tracées les limites de nos facultés, et la réfutation des systèmes arbitraires, d'après lesquels on avait cru les analyser.

En effet, Messieurs, en se livrant à cette étude, l'observateur, devenu physiologiste, comprendra que, puisque l'on peut vivement sentir sans bien penser, le sentiment est autre chose que l'intelligence. Il sera confirmé dans cette conclusion par la certitude que ces facultés dépendent d'organes différens. Si, par exemple, il observe un malfaiteur à faible intelligence, mais à sensations vives et à passions que rien n'a pu réprimer ; s'il remarque chez lui les organes des sens, des instincts et des passions très-développés, pendant que ceux de l'intelligence et des sentimens supérieurs se trouvent à leur minimum, il sera forcé de convenir que la pensée n'est pas la sensation transformée comme le voulait Condillac, qui pourtant rendit à la philosophie de grands services.

Si d'autre part il observe, avec de faibles passions et de grandes facultés intellectuelles, les organes de ces facultés très-développés et ceux des passions peu prononcés, force lui sera d'avouer que les passions ne sont pas des qualités, des affections, en un mot, des modifications du principe intelligent, puisqu'elles ne suivent pas les progrès de son activité, comme on l'a cru dans toutes les philosophies jusqu'à l'époque mémorable de Gall.

S'il voit constamment que les hommes qui refusent de raisonner manquent des organes du raisonnement, et que ceux qui raisonnent le font toujours dans l'intérêt de l'instinct, du sentiment ou de l'impulsion dont les organes prédominent en eux, lorsque cette tendance n'a point été corrigée par l'éducation (fait qui s'observe constamment chez l'homme du peuple), il sera conduit à penser que la raison n'est pas un être absolu et indépendant de toute condition physique. S'il remarque que les conceptions les plus élevées, celle de cause première, de force, de puissance, de durée, d'espace, de qualités, que quelques philosophes ont réalisées et mises en action comme des corps, ainsi que vous venez de le voir, ne peuvent pas être considérées de la même manière par bien des hommes parfaitement organisés et pleins de raison ; si notre observateur constate que ces hommes éprouvent la même répugnance pour réaliser notre intelligence, nos impulsions secrètes, la somme de nos facultés morales, parce qu'ils ne sauraient où placer tous ces phénomènes s'ils les séparaient de notre cerveau, il faudra bien qu'il convienne, cet observateur, qu'on peut avoir une forte intelligence sans être métaphysicien. S'il veut connaître la cause appréciable de la tendance à la métaphysi-

que, il comparera les organes entre eux chez ces deux sortes de personnes, et il vérifiera que l'organe de la comparaison est très-développé chez les métaphysiciens et l'emporte sur ceux qui font sentir le besoin de l'étude des faits. Il notera une conformation toute contraire chez les personnes qui cherchent les faits extérieurs et qui refusent de les confondre avec les faits intérieurs; c'est-à-dire de réaliser ces derniers. De plus, il fixera son attention sur les influences énormes de l'éducation et de l'exemple, et il vérifiera que l'une et l'autre font incliner l'homme vers l'observation extérieure ou vers l'intérieure, et développent les organes qui en sont les instrumens.

Alors un grand problême sera résolu pour lui : il saura que tous les hommes ne sont pas faits pour la métaphysique; que tous ceux dont l'organisation cérébrale est complète peuvent comprendre cette science et la juger; enfin que l'aptitude extrême et l'entraînement irrésistible à ce genre de spéculation n'indiquent point une supériorité d'intelligence chez ceux qui en sont doués, mais bien plutôt un défaut d'équilibre dans l'organisation du cerveau. C'est ainsi que la phrénologie aplanira au philosophe une des plus grandes difficultés qui puissent s'offrir dans la connaissance de l'homme.

Je pourrais invoquer tous les faits phrénologiques pour appuyer ces importantes vérités; mais le temps me fait défaut. Il faudrait tout un livre pour les mettre dans un jour qui les fît bien ressortir. Je me contenterai de vous donner, pour complément de ce sujet, des signes auxquels, ce me semble, vous pourrez toujours reconnaître si une abstraction est bonne ou mauvaise, s'il faut y croire ou la rejeter, l'admettre dans le langage ou la repousser.

Toute abstraction représente un fait intérieur, aucune ne peut représenter un fait extérieur. Je conçois la substance ou la matière sans formes, quoique je ne l'aie jamais observée telle; je conçois les formes, les couleurs, la consistance, la température sans corps, quoique jamais mes sens ne m'en aient donné la certitude. Il en est ainsi du mouvement, que je n'ai jamais remarqué indépendant des corps; j'en dis autant de la durée, de l'espace, de la cause, de la puissance, de la vie, de la pensée, de nos sentimens, de chacune de nos facultés morales, de leur ensemble ou d'un principe unique qu'on peut leur supposer.

Or, quoique la chose exprimée par chacun de ces mots n'ait jamais été saisie par aucun sens, ce qui la constitue *fait intérieur*, des faits extérieurs, saisis par ces mêmes sens, ont existé et ont donné lieu à la formation de cette chose qui est une conception. Le mot par lequel on la désigne ne peut donc avoir d'autre usage que celui de rappeler ces faits extérieurs, ou bien de mettre l'homme dans l'état intellectuel où se trouvaient ceux qui les premiers eurent cette conception. Les faits provoquent la conception : le mot qui la désigne rappelle les faits; leur rôle ne peut changer : la conception ou abstraction ne peut jamais agir comme un corps. Celui qui la met en action comme un corps, fait un mensonge, et le moyen de dévoiler le mensonge est de s'assurer si l'abstraction rappelle, remémore, dans son langage, les faits qui en ont provoqué la conception, ou si elle représente autre chose; car souvent, soit par ignorance, soit par l'effet de quelques passions, beaucoup d'hommes donnent aux abstractions des valeurs bien différentes.

Ainsi l'épreuve que je vous propose consiste à réduire les abstractions en faits appréciables par les sens. C'est le meilleur moyen d'en connaître aussitôt la valeur.

Je regrette beaucoup, Messieurs, de ne pouvoir vous développer cette question comme elle mériterait de l'être; car les abstractions sont très-multipliées dans les langues des peuples civilisés, et j'entends déjà la critique s'écrier que les abstractions sont le dépôt sacré des grandes vérités et qu'elles seules gouvernent le monde. Cela me paraît vrai, je m'empresse d'en convenir, et d'ajouter qu'on ne saurait faire une phrase, ni formuler une loi sans le secours des abstractions. Mais soumettez-les à l'épreuve que je viens de vous indiquer, et vous verrez quel emploi on fait souvent des plus révérées. Quelles qu'elles soient, si ceux qui les emploient ne les donnent que pour des signes exprimant des modifications de corps, on peut les adopter, en en donnant l'explication. Mais toutes les fois que les hommes qui s'en servent démontrent, par leur langage, qu'ils leur donnent les attributs des corps, ou de l'homme lui-même, elles doivent être rejetées à cause des influences fâcheuses qu'elles peuvent avoir sur le sort de l'humanité.

Voici quelques exemples de ces deux sortes d'emplois :

Les mots, juste et injuste, bien et mal, vertus et vices, bonté et méchanceté, probité et perfidie, propriété, acquisition, vol, profit et perte, etc., etc., rappellent des sentimens et des actions qui ont été favorables ou nuisibles au bonheur de chaque individu et de la société, et qui peuvent encore le devenir. Il n'y a que de l'avantage à les employer dans ce sens, à en faire le fondement des lois et les instrumens de l'économie générale et particulière. Tous les hommes possèdent, dans leur appareil encéphalique, des organes qui correspondent à ces expressions, et chacun en trouve en lui-même le véritable sens. La philosophie peut donc les adopter, avec les définitions de rigueur. Je dois en dire autant de l'abstraction *loi*, elle rappelle un grand fait, la volonté de tous, formulée par les plus sages; elle est donc digne de tous nos respects.

Mais en est-il ainsi de l'expression, *droit divin?* par exemple : cette abstraction n'est-elle pas réfutée par les sentimens du juste et de l'injuste, dont nous possédons les organes? Pour bien comprendre ceci, il suffit de se rappeler la valeur du mot Dieu dans la langue de certains sophistes. Lorsqu'un prêtre fanatique nous peint un Dieu qui nous prescrit l'ignorance et l'abnégation de notre raison; un Dieu qui place la souveraine perfection dans l'éloignement des sentimens si doux, si naturels, si impérieux, d'époux et de père; un

Dieu qui prend plaisir à nous voir incessamment et jusqu'à l'extenuation de nos forces en lutte avec les premiers besoins; un Dieu qui nous ordonne la soumission et la fidélité envers les tyrans les plus farouches et qui nous fait un crime de l'insurrection, parce qu'il a transmis ses droits à ce tyran; un Dieu enfin qui punit par des tortures éternelles toute infraction à ces lois cruelles, ne reconnaissez-vous pas en ce Dieu un homme injuste et méchant: c'est-à-dire un homme imparfaitement organisé et d'une mauvaise éducation, tel que vous en avez observé dans la société? Or, cette idée est tout l'opposé de celle que vous êtes portés à vous faire de la Divinité, d'après la contemplation de ses œuvres. J'ai donc eu raison de dire qu'en réduisant les abstractions en faits appréciables par les sens, on en connaissait aussitôt la valeur.

En vain alléguerait-on que j'exagère la férocité de ce Dieu factice, puisqu'il se laisse fléchir par son ministre dont il confirme l'absolution. Je demanderais alors à quel prix nous payons cette absolution; et, au souvenir de la suprême puissance des papes, devant qui les rois fléchirent autrefois le genou, des richesses et de la splendeur du clergé dans des siècles qui ne sont pas encore éloignés du nôtre; au spectacle des gros revenus et du luxe encore flagrant des prélats romains d'aujourd'hui, ma réponse serait facile à formuler. Réduisant en effet l'abstraction *religion*, telle que l'entendent encore quelques énergumènes, en faits appréciables par les sens, je la montrerais comme un code formulé par des hommes injustes et surtout avides, qui exploitent à leur profit le sentiment de vénération dont la nature nous a dotés pour d'autres fins; d'hommes qui se concertent pour empêcher le développement des organes du jugement et de la causalité; d'hommes enfin qui s'opposent à l'acquisition des faits, dans le but de donner la prépondérance à l'organe du merveilleux.

En effet, Messieurs, l'homme commence par croire en entrant dans la vie: il croit avant de juger, et la vénération naturelle qu'il a pour ses parens et pour ses maîtres lui en a fait un devoir sacré; il jugera plus tard, lorsque les faits de la nature lui seront connus, parce que ces faits mettront en jeu les organes de la raison, qui sont trop faibles dans le premier âge. Mais tenez-le constamment dans l'ignorance, et forcez cette raison au silence par la représentation continuelle d'un merveilleux effrayant, d'un miraculeux terrible qui puisse le glacer d'épouvante, il croira tout le reste de sa vie; car les organes de la raison auront perdu l'habitude d'agir, pendant que ceux de la crainte auront acquis la prépondérance, en associant leur action à l'action des organes qui le poussent à la croyance, aussi bien qu'à celui de la vénération.

C'est ainsi que les prêtres façonnèrent nos ancêtres, dans leurs intérêts associés à ceux des tyrans. Mais ces tyrans ont fini par rougir de leur soumission aux prêtres. Ils ont permis aux peuples de s'instruire, de raisonner, afin qu'ils ne les exterminassent plus à la voix du prêtre en courroux, afin qu'ils daignassent les aider à briser un joug humiliant. Ils agissaient dans leur intérêts, ces tyrans. Nous agissons dans le nôtre en appliquant ces connaissances et cette raison qu'ils nous ont laissé cultiver, à l'interprétation de cette langue énigmatique dont on se sert pour voiler leurs exorbitantes prétentions.

Vous la trouverez cette langue dans les ouvrages des classiques de l'absolutisme et dans les articles de diplomatie dont les journaux de ce genre sont surchargés. Le temps me manque pour soumettre à l'épreuve de la réduction les abstractions qui pullulent dans ces écrits: telles que personnage auguste, fidélité, ingratitude, protection divine, grâce divine, dévouement, providence, droits, privilèges, prérogatives, soumission, rébellion, felonie, profanation, etc., etc... Et ce ne sont pas là les seules expressions qu'il faudrait mettre au creuset: le mal et le bien, la vérité et l'erreur, tous les mots y ont changé de valeur. Mais vous connaîtrez le sens qu'on leur donne par les actes que l'on fait faire à l'abstraction personnifiée; regardez-y de près, et vous jugerez facilement que les sentimens désignés par ces expressions ne sont point ceux que les phrénologistes ont signalés, avec justesse, comme les seuls qui puissent inspirer à l'homme les actions les plus propres à faire son bonheur et celui de la société. Ces expressions en effet ont toutes changé de valeur dans la bouche des apologistes du droit divin: elles n'ont plus leur sens primitif, elles en ont d'autres; elles sont vraiment devenues les métaphores du despotisme.

Vous le voyez, Messieurs, la phrénologie peut rendre de grands services à l'humanité; je terminerai ce discours en vous résumant les principaux.

Elle fait deviner l'homme dès le berceau et fournit les données nécessaires pour le placer dans la situation qui peut le plus contribuer à son bonheur et au progrès de l'humanité. Elle lui montre ce qu'il faut faire pour rendre la justice qui lui est due à l'infortuné que de tristes penchans ou le vice de l'éducation ont rendu coupable envers la société; elle enseigne en même temps comment son expiation peut tourner à l'avantage de ceux qu'il a offensés et au sien même; elle éclaire cette foule immense de citoyens estimables qui s'adonne aujourd'hui à l'amélioration des produits de la nature et des arts, sur les moyens de les multiplier, en appliquant la grande masse du peuple aux travaux dans lesquels chacun de ses membres peut le mieux servir sa famille; elle fait connaître à l'homme qui cultive la morale et la philosophie, ses devoirs et sa noble destination, car celle-ci est écrite dans les organes de la raison et dans ceux des sentimens supérieurs qui ennoblissent toutes nos actions en leur donnant l'empreinte morale. Elle lui dévoile enfin toute l'étendue de ses droits en dissipant ces légions d'êtres fictifs et fantastiques qu'un langage métaphorique fait planer sur sa tête pour rapetisser l'homme et le tenir dans l'abjection.

Vous présenter la masse des services que la phrénologie est appelée à rendre à la société, c'est honorer la mémoire de son fondateur de la manière la plus digne de son génie.

La justice veut toutefois que le nom de son disciple Spurzheim soit associé au sien; car les travaux de ce savant ont puissamment contribué à l'alliance de cette belle science avec la morale et la philosophie.

Encore de nouveaux efforts et de la persévérance; une attention soutenue à montrer la science telle qu'elle est aux nombreux amis de la vérité, dont notre siècle s'enorgueillit; de la dignité surtout dans la lutte qu'il faudra soutenir contre une critique souvent injuste, quelquefois virulente, et les phrénologistes jouiront enfin du triomphe auquel ils aspirent, l'aveu qu'ils ont rendu service à leurs semblables, et l'estime des gens de bien.

Compte-rendu des travaux de la Société Phrénologique de Paris, pendant l'année 1834-1835; par le Docteur Casimir Broussais, Secrétaire-Général.

Messieurs,

Des circonstances m'empêchent, cette année, de vous donner un compte-rendu de nos travaux aussi détaillé que les années précédentes. Je me bornerai aux faits les plus importans, aux résultats principaux : recueillir des faits frappans par l'organisation cérébrale, frappans par l'éminence de quelques facultés : tel était notre premier devoir, et les occasions ne nous ont pas manqué : nous avons eu à interroger plus d'une empreinte prise sur le vivant, plus d'une illustre dépouille léguée par la mort à la science.

Il y a cinq ans, à notre première séance annuelle, nous avions à vous présenter le plâtre inanimé du fondateur de la phrénologie. Aujourd'hui c'est le moule du crâne de son collaborateur, de Spurzheim, qui nous est envoyé par la Société Phrénologique de Boston; c'est ce moule que nous vous apportons en preuve de la vérité de cette science. Propagateur zélé, intelligent et progressif d'une vérité nouvelle, Spurzheim est en vain arrêté dans sa carrière et frappé par le coup de la destruction : sa destruction même est encore pour les phrénologistes un haut enseignement.

Comparez sa tête à celle de Gall, et vous verrez que toutes deux se distinguent par une belle organisation, et que l'un et l'autre étaient largement dotés des organes de l'intelligence; ces têtes diffèrent cependant beaucoup l'une de l'autre, ainsi que vous l'a fait si bien comprendre M. David Richard : celle de Gall est carrée, celle de Spurzheim élevée de bas en haut; de là est résultée, comme conséquence nécessaire, inévitable, une différence tranchée dans le caractère de leurs travaux : dans ceux de Gall, se montre sans cesse et partout l'homme essentiellement positif, tandis que ceux de Spurzheim ont une tendance éminemment contemplative; l'un saisit d'un coup-d'œil d'aigle une immense quantité de faits; il les rapproche, les compare, et en déduit les conséquences les plus rapprochées; l'autre, partant de ces faits, s'efforce de s'élever bien au-dessus, de généraliser ces conclusions et de poser des lois. L'idée-mère a germé dans la tête de l'observateur positif; mais le savant contemplatif l'a développée dans une direction qui l'a fait accepter d'esprits fortement prévenus par leur tendance opposée à celle de Gall. Spurzheim n'a pas créé la phrénologie; mais il a été utile à la phrénologie créée par Gall, et la doctrine de Gall a gagné en passant par ses mains. Certes, Gall sans Spurzheim eût toujours été Gall, et Spurzheim sans Gall, n'eût point été Spurzheim : mais le travail de la science est venu, par un admirable à-propos, seconder l'inspiration du génie.

Le crâne de Spurzheim, comme celui de Gall, est un exemple frappant de la puissance de l'organisation du cerveau sur la manifestation des facultés de l'homme. Spurzheim avait les régions antérieure et supérieure trop développées pour se laisser entraîner par l'action des régions postérieure et latérale, c'est-à-dire, en termes vulgaires, qu'il était trop intelligent et trop moral, pour se livrer au mal, et mériter par sa conduite le blâme de la société : mais il avait des passions assez vives, et si sa circonspection et sa haute raison n'étaient venues en aide à son tempérament lymphatico-nerveux, il aurait peut-être eu souvent l'occasion de se repentir d'avoir obéi aux impulsions de certains penchans, à l'action, par exemple, des organes de la destructivité et de l'approbativité qui tendaient à le rendre susceptible et irritable à l'excès. M'étendre plus au long sur ce sujet serait anticiper sur l'article que nous a promis M. David Richard, et que son improvisation, dans une de nos séances mensuelles, nous fait tant désirer. Mais où est, sur le crâne de Spurzheim, l'organe de la phrénologie? question déplorable, Messieurs, que l'on nous a malheureusement adressée, et qui montre l'ignorance la plus complète des élémens de notre science; comme s'il y avait, comme s'il pouvait y avoir *un* organe de la phrénologie! comme s'il ne s'agissait point ici de l'application d'un grand nombre de facultés différentes! comme s'il ne fallait pas réunir et celles d'observation et celles de raisonnement!

Spurzheim possédait toutes les qualités nécessaires pour être grand phrénologiste; les circonstances ont fait le reste.

Ce sont elles, c'est l'éducation, ce sont les mœurs contemporaines, les événemens de notre âge, les particularités de notre vie domestique, qui impriment habituellement à nos facultés telle direction plutôt que telle autre.

Avec une organisation donnée, on peut avoir également réussi dans les arts et dans les sciences, dans la littérature et dans la philologie, dans la prose et dans les vers; mais si avec telle organisation, on peut être artiste, ou poète, ou savant, avec telle autre, on en est incapable.

Voyez le buste d'Élisa Mercœur, de cette jeune muse qui, à vingt ans, avait déjà composé une tragédie véritablement hors de ligne par ses beautés de premier ordre, qui avait publié un volume de poésies, où bril-

lent une foule de morceaux du plus grand mérite; eh bien, cette organisation gracieuse, cette forme harmonieuse, et qui semble se détacher de la terre, nous annonce par la prédominance des régions supérieure et antérieure sur toutes les autres, qu'il s'agit ici d'une volonté ferme, appliquée à l'exercice de l'intelligence, avec une supériorité marquée de la raison sur les instincts.

Mais je ne puis vous répéter ici ce que vous trouverez écrit avec tous les détails que comporte le sujet, dans le journal de la Société Phrénologique, sur Élisa Mercœur, et je m'arrête.

Portez maintenant vos regards sur ce moule, voyez l'énorme volume de cette tête, appréciez l'extrême activité de la masse de cerveau qu'elle contenait par le tempérament bilioso-sanguin du sujet. Il est impossible qu'un tel homme ait passé dans ce monde sans y avoir marqué sa place, sans y avoir laissé des traces de son passage; mais comment s'est-il distingué? serait-ce par la violence de ses passions, le despotisme de ses penchans? car les régions postérieure et latérale sont largement développées! ou bien serait-ce par son intelligence et ses connaissances positives? car cette région antérieure est tellement forte, qu'après en avoir retranché une portion, on aurait encore un bel angle facial, tant ces lobes du cerveau s'avancent en proéminant. Messieurs, ce moule est celui du géant de la chirurgie moderne. Vous savez tous ce qu'était Dupuytren, il s'est formé tout seul; son nom, ses titres, sa renommée, il a tout conquis; il s'est élevé par ses seules forces à la plus haute position chirurgicale du siècle, et il s'est toujours maintenu plutôt au-dessus qu'au dessous de cette position : comme opérateur, il ne le cédait à personne, comme professeur de clinique, personne n'approchait de lui; ses brusqueries, son ton souvent dur et son air souvent dédaigneux l'exposaient à lui aliéner l'affection des élèves, et cependant les élèves accouraient, affluaient à ses leçons, se pressaient, se battaient pour le voir, pour l'entendre : jamais professeur ne fut plus suivi, plus admiré que lui : il semblait se promener en triomphe dans ses salles, excitant une curiosité inquiète par un silence qui avait quelque chose de solennel, et qu'interrompaient à peine quelques paroles échappées à demi-voix; puis, arrivé dans l'amphithéâtre, au milieu de cet essaim bruyant, impatient de son apparition, ses premiers mots toujours articulés à voix basse, à peine entendus de ceux qui l'entouraient, anxieusement devinés par l'auditoire, commandaient en un instant un silence religieux. Son sang-froid à toute épreuve, son calme inébranlable, sa présence d'esprit inouie pendant une opération, rendaient sa main sûre et son intelligence libre; il parlait avec autant de facilité le bistouri à la main, qu'avant ou qu'après l'opération. Jamais sa prodigieuse mémoire ne lui fit défaut, on ne vit jamais ni les mots lui manquer, ni s'embrouiller ses phrases; son discours était toujours clair, mesuré, et parfaitement intelligible; il excellait à décrire une maladie externe, un instrument, un appareil, et après avoir entendu une de ses descriptions, vous étiez étonné de n'avoir vu qu'à moitié ce que vous croyiez parfaitement connaître. Sa perspicacité profonde, la force de son esprit d'induction le rendaient on ne peut plus habile et plus heureux dans l'exposition des chances possibles des cas les plus compliqués et les plus difficiles, et, ce qui étonnera chez un homme d'une telle force, d'une telle supériorité, Dupuytren ne craignait pas de douter, de suspendre son jugement jusqu'à plus ample examen, quand il n'était pas sûr d'avoir bien vu; et, dans ce doute motivé, il y avait encore quelque chose qui rehaussait l'intelligence du professeur et confondait celle de l'élève.

Tel était le Dupuytren de l'Hôtel-Dieu. Quant à sa vie privée, je la respecterai : quelques mots seulement de son caractère.

Dupuytren passait pour froid, dur, inabordable : c'était chez lui moitié nature, moitié système; car il était impossible d'avoir, et des passions plus violentes, et plus de force pour les comprimer. Dupuytren était presque toujours maître de lui, du moins en apparence; car, sous cette écorce de glace, battait un cœur de feu. Tout supérieur qu'il était à la critique, tout indifférent qu'il feignit d'y paraître, il en était navré, s'en affligeait au fond de l'âme et en était malheureux; il rechercha les honneurs et n'eut pas de peine à les rencontrer; son cœur n'en fut pas plus satisfait : malgré sa position sociale, brillante et tant enviée, il lui manqua toujours quelque chose, et il comptait sur un meilleur avenir. Personne n'était plus affectueux que lui, lorsque ce n'était pas son système d'étouffer l'affection; tout le monde sait comme il caressait les enfans avec complaisance à son hôpital. Ceux qui l'ont connu en ville n'ignorent pas que, s'il était quelquefois brutal, pardonnez moi l'expression, d'autres fois, il y avait dans ses manières quelques chose de si affectueux, qu'il vous entraînait, vous fascinait malgré vous. Passant souvent d'un extrême à l'autre, il n'était rien moins qu'un homme froid, bien qu'il s'efforçat de le paraître.

Cette tête, Messieurs, vous explique ses défauts et ses éminentes qualités; les régions antérieure, postérieure et latérales moyennes, sont énormes; le front est large et saillant; sa partie moyenne et inférieure surtout, l'emporte sur le reste; c'est dans ces lobes antérieurs que siége l'intelligence; c'est la force de cette partie moyenne inférieure qui fait les savans positifs, qui excellent dans la connaissance de la nature et la description des phénomènes naturels : cette intelligence devait donc s'appliquer plutôt aux faits qu'aux spéculations métaphysiques. Quant aux motifs d'action, ils ne manquaient pas. Il y avait un puissant stimulant dans ces masses instinctives, qu'il pourrait être intéressant d'examiner en détail, mais sur lesquelles, pressé par le temps, je suis forcé de me taire. Vous le voyez, Messieurs, cette grande existence est encore pour les phrénologistes un grand enseignement.

Maintenant, parcourez cette série de cerveaux, de crânes et de bustes, appartenant, soit à des hommes distingués par leur science, par leur caractère, soit à des criminels plus ou moins pervers.

Voici la moulure du cerveau du célèbre Rogmagnosi, professeur de droit, successivement à Pavie et à Milan, récemment enlevé à la science, un des légistes les plus profonds, dont les ouvrages forment époque dans la science du droit, le père de ses nombreux élèves, patriote zélé, propagateur ardent des lumières, ami dévoué et désintéressé du vrai. Si vous voulez examiner son cerveau, vous le trouverez développé dans les régions antérieure et supérieure; les organes de l'intelligence occupent une grande place ici, et ceux de la fermeté et de la justice dominent les autres, tandis que ceux des régions latérales et postérieure sont à un degré inférieur aux premiers.

A côté, est le crâne du général Olini, patriote italien, qui a combattu pour l'indépendance de sa patrie, qui a souffert pour elle dans les prisons, sans jamais se plaindre, et qui présentait ceci de particulier, que, tandis qu'il était acharné contre ses ennemis pendant le combat, hors de là, il ne pouvait voir le sang couler, et n'avait pas la force d'assister à une opération chirurgicale. L'organe du courage ou de la combativité l'emporte, chez lui, sur celui de la destruction; celui de bienveillance est saillant; enfin la fermeté est très-prononcée.

Ces deux pièces, que nous devons à M. Fossati, ont une valeur phrénologique que je ne puis apprécier en détail.

Avant de nous occuper de ce moule de monomaniaque, remarquez en passant le développement très-marqué de l'organe de la mimique chez Debureau, mime très-connu des boulevards, moulé par M. Dumoutier.

Quant à ce moule, qui nous est envoyé par l'un de nos correspondans, le professeur Bertolini, de Turin, c'est celui d'un individu dont la monomanie avait le caractère religieux. Vous pouvez voir en effet que ce crâne, d'ailleurs assez singulier sous plusieurs rapports, présente cette particularité, d'une grande élévation de la région supérieure, et spécialement de l'organe de la vénération.

C'est encore à l'un de nos membres correspondans, au docteur Leroy, de Versailles, que nous devons ce plâtre intéressant, le moule du crâne de la dame Tiquet, long-temps pris pour celui de la marquise de Brinvilliers. Toutes deux, célèbres empoisonneuses, périrent sur l'échafaud. Si nous ne voyons pas écrit sur cette tête : *assassin par le poison*, si nous devons ici faire une large part à l'éducation et aux circonstances, du moins sa conformation est-elle en rapport avec tout ce qui est raconté de cette femme dans son procès. Et d'abord la destructivité est énorme, les impulsions instinctives fortes, et celles des sentimens moraux faibles. Ajoutez à cela l'influence d'une vie déréglée, la fréquentation de sociétés pernicieuses, et vous comprendrez les crimes de cette femme. Elle a d'ailleurs, comme tous les assassins qui emploient le poison, l'organe de la combativité faible.

Je ne puis vous raconter les détails de la vie du surnommé Polichinel qui, arrivé à l'âge de soixante-dix-sept ans, en a passé trente dans les prisons. Malgré tout l'intérêt qu'offrirait cette narration, je dois me borner à vous dire que c'est la paresse et la mauvaise compagnie de Polichinel, encore enfant, qui l'ont perdu. Associé avec des bateleurs vagabonds, avec des petits vauriens, voleurs de profession, il s'habitua de bonne heure à vivre de rapine. Il imite avec une rare perfection les aboiemens du chien, les cris du perroquet, le miaulement du chat, les pleurs du nouveau-né. Aussi cette région de la mimique est-elle large et développée. A l'époque des travaux rustiques, alors que tous les habitans sont aux champs, Polichinel parcourt les campagnes, visite les fermes. Pour s'assurer que personne n'est dans la maison, il commence par jouer du violon, pousser des cris et faire des singeries. Si personne ne parle, si rien ne remue, il enlève l'argent et les objets précieux qui se présentent sous sa main. Vous voyez ces masses latérales et surtout les organes de l'acquisivité et de la ruse excessivement développés; ils dominent le reste: mais il y a de la circonspection et de l'intelligence. Ce malheureux, désormais incurable, est certainement un homme que la société aurait pu, dans sa jeunesse, améliorer et diriger vers le bien.

Cette tâche eût été plus difficile pour les deux dont il nous reste à parler, et dont nous devons les moules à M. Debout, comme le précédent.

Le premier dont je vous tairai le nom, puisqu'il s'agit d'un jeune homme qui doit rentrer un jour dans la société, a toute la base du cerveau très-développée, la région postérieure excessivement large, les tempes sont fortement bombées et les plans latéraux de la région supérieure sensiblement inclinés; ajoutez encore une grande épaisseur des parois osseuses et tégumentaires que l'œil exercé découvre, et vous aurez la raison de sa conduite. De là, chez lui, des impulsions instinctives très-énergiques et peu de résistance morale; point d'idéalité, ce qui est encore fâcheux; mais l'intelligence ne manque pas entièrement. C'est encore un malheureux qui, dès l'âge de seize ans, échappé de la maison paternelle, n'a vécu qu'au milieu des filous, et qui a pris, dans cette misérable société, l'habitude du vice pour lequel il avait d'ailleurs du penchant. Il a volé avec ses camarades, et subit maintenant la peine qui lui était réservée.

Bien que cette conformation cérébrale appartienne à un type inférieur, ce n'est rien en comparaison de celle de Choffron que vous voyez ici.

Choffron, dit l'Infernal, né en Valachie, était un de ces êtres féroces que la société doit retrancher de son sein en les enfermant pour toujours, si elle ne se croit pas en droit de leur ôter la vie. Interrogé par le président des assises sur les causes de l'homicide dont il était accusé, Choffron répond froidement qu'il était en colère, qu'il ne voulait pas frapper le cœur, mais le ventre, et que si sa victime eut été de sa grandeur, il ne l'aurait pas tuée, mais seulement blessée. Condamné aux travaux forcés à perpétuité pour ce crime, il a avoué plusieurs autres assassinats, et il est mort

dernièrement des suites de coups de clés sur le front donnés par des gardiens de Bicêtre, sur lesquels il s'était jeté comme une bête féroce.

Voyez maintenant ce diamètre transversal de la partie moyenne du crâne, il est énorme; voyez la région postérieure, elle ne l'est pas moins; voyez cette région supérieure, quelle dépression de chaque côté de la ligne médiane! et point d'intelligence, point de moralité, point d'idéalité pour combattre ces puissances infernales! Ce n'est pas la phrénologie qui faisait de Choffron un monstre; mais ce monstre s'explique par la phrénologie.

Que celui qui peut douter des fondemens de nos principes veuille bien nous dire pourquoi une semblable tête appartient toujours et nécessairement à un criminel, et jamais, non jamais, à un honnête homme? Car enfin, si la forme de la tête ou plutôt du cerveau, n'influe en rien sur l'intelligence et le moral de l'homme, pourquoi ne rencontre-t-on pas quelquefois une tête semblable chez un savant, chez un artiste, chez un moraliste, chez un philosophe?

Je ne puis, Messieurs, vous faire le tableau de l'état et des progrès de la phrénologie en France et à l'étranger. Je vous dirai seulement que nos correspondans se multiplient de tous côtés; que nous en avons qui s'occupent activement de la science dans les principales villes de France; en Angleterre, en Belgique, aux Etats-Unis, dans l'Amérique espagnole et même en Italie, où, malgré les obstacles apportés aux progrès des lumières, la phrénologie commence à être hautement avouée et habilement défendue.

Notre collègue, M. Dumontier, dans le voyage qu'il vient de faire en Suisse, a vaincu bien des résistances et fait de nombreux prosélytes, il n'en est revenu qu'avec cette collection de plâtres intéressans que vous voyez là, mais que je n'ai malheureusement pas le temps de passer en revue, et après avoir formé de forts élèves parmi les savans, les ministres de la religion, les artistes et les hommes du monde; parmi les femmes aussi, dont la vive intelligence saisit si rapidement nos vérités et les propage avec tant de bonheur.

Ici, Messieurs, nous avons travaillé à l'édification de notre science par la voie de la publicité. Le journal de notre société n'avait, jusqu'à cette année, paru que fort irrégulièrement; nous avons fait tous nos efforts pour le rendre intéressant et assurer la régularité de son apparition. Une nouvelle commission de rédaction, et surtout un nouveau rédacteur en chef qui consacre tout son zèle et toutes ses lumières à cette œuvre, nous ont déjà mérité des suffrages encourageans. Les trois numéros des trois premiers trimestres contiennent des notices détaillées sur la plupart des faits que je viens de passer en revue et sur quelques autres encore, dont les pièces nous manquent. Je mentionnerai en particulier la notice phrénologique de M. Bernard Delafosse sur Henry, poète et fou religieux. Parmi les articles généraux sur la science, je citerai ceux de notre président sur différens points de vue philosophiques et ceux de M. Bailly de Blois sur les difficultés d'application de la crânioscopie; enfin un de nos membres, le docteur Fossati, désirant rendre la phrénologie populaire, fait paraître en ce moment une traduction du *Manuel de Phrénologie* de G. Combe, avec les notes et additions nécessaires.

Que si l'on nous demande maintenant à quoi bon la phrénologie, à quoi bon les sociétés phrénologiques? Nous répondrons: Leur but, c'est le progrès des lumières, c'est la substitution, suivant l'esprit du siècle, de la science positive à la superstition, à la foi, à la mythologie.

Si le monde extérieur, en effet, si l'univers est déjà, depuis des siècles, dépeuplé de ses divinités; si les révolutions de la terre et du ciel, si les accidens de la nature, si la marche des choses d'ici-bas ne sont plus expliqués par des volontés divines, par des passions de dieux subalternes ou de caprices d'un Jupiter tout puissant; le petit monde intérieur de l'homme restait encore comme un désert inconnu où s'exerçait sans frein le dévergondage des imaginations les plus déréglées, où rien n'était fixe, où la pensée, le sentiment de chacun faisait loi, où l'inspiration du poète disait souvent plus vrai que le raisonnement du philosophe, et d'où la méthode rigoureuse des sciences naturelles, trop terre à terre pour ces imaginations aériennes, était bannie comme indigne. C'est dans cette catégorie des sciences naturelles que la phrénologie veut faire entrer la science du moral de l'homme.

Pour le phrénologiste, l'organisme de l'homme et des animaux n'est point une œuvre du hasard, un jeu de la nature, un effet sans cause, quelque chose d'insignifiant aux yeux de la raison: c'est une admirable combinaison de ressorts divers, mus chacun dans un sens, pour arriver à un résultat voulu; c'est l'expression de la plus haute intelligence; c'est une arche sainte où l'ordre est parfait; c'est un tout dont chaque partie intégrante est ce qu'elle doit être et possède des propriétés dérivant de sa structure, de sa position, de ses rapports et du degré de vie dont elle est douée.

Le cerveau, cette masse de substance nerveuse enfermée, emprisonnée dans le crâne qui la protége comme une forteresse, cet organe où convergent toutes les impressions, où se développent toutes les sensations, d'où partent toutes les volitions, est nécessairement doué de plus d'une faculté. On pourrait par exemple, en retrancher une grande partie sans nuire à la vie végétative, sans faire périr l'animal, et des blessures accidentelles ont ainsi privé l'homme d'une partie de son cerveau sans briser son existence, mais en le réduisant à un automatisme complet. En effet, certaines parties de cet organe sont là pour présider à l'exercice des fonctions nécessaires à la vie, d'autres pour servir à la manifestation de l'intelligence. Toute la partie antérieure peut manquer, et l'homme existera, mais idiot, capable de boire, manger, dormir, et d'exercer encore quelques fonctions de même ordre, mais incapable de penser et d'exprimer clairement ses besoins.

Si l'on compare la quantité de masse de cerveau

consacrée aux instincts à celle qui est affectée à l'intelligence, on est frappé d'une énorme différence en faveur des instincts. La portion intellectuelle semble même si petite proportionnellement au reste, qu'on s'étonne de sa puissance et de ses merveilleux produits. La nature, ou plutôt le Créateur, a donné là encore une de ces éclatantes preuves de sagesse dont abonde l'univers. L'homme créé et jouissant de la vie, il fallait qu'il s'attachât à cette vie avec une force irrésistible, qu'il fût sans cesse engagé à la soutenir, à en assurer la prolongation, à la reproduire en perpétuant son espèce. C'est par une série de séductions attrayantes, de plaisirs les plus vifs et les plus délicats, attachés à l'exercice régulier des fonctions, que l'homme est invité à vivre par son Créateur; c'est là ce que nous témoigne et nous explique son organisation. Le cerveau, ce maître de la maison, et sans cesse assiégé par une foule de sollicitations et poussé à la satisfaction des premiers besoins; et, chez la majorité des hommes, il faut l'avouer, presque exclusivement occupé à donner des ordres et à commander les mouvemens et les actes nécessaires pour atteindre ce but, il n'éveille l'intelligence assoupie que pour la faire servir à cette fin.

Aussi, qu'est-ce que l'observation des masses offre à l'œil scrutateur du phrénologiste? Une prédominance prononcée des organes des instincts, des penchans, des passions et des sentimens d'égoïsme sur ceux d'intelligence et de haute raison.

Nier ces faits, ce serait absurde, impossible. Les admettre, c'est admettre la pluralité des organes du cerveau, c'est être phrénologiste. Tout homme de sens et de jugement, pour peu qu'il ait étudié la question, est donc phrénologiste, plus ou moins phrénologiste; mais le phrénologiste parfait, c'est l'homme qui veut, qui sait, qui ose voir la nature dans toute sa vérité, qui ne croit pas que ce soit un effet du hasard si l'organisation se complique dans l'échelle des animaux à mesure que leurs instincts se multiplient, que leur intelligence s'agrandit; qui, s'attachant à la plus noble partie de la plus noble des créatures, saisit d'un coup-d'œil l'ensemble des organes cérébraux, compare leur proportion relative; apprécie leur développement particulier et reconnaît la correspondance rigoureuse et nécessaire entre ces différentes organisations et des caractères tranchés; c'est celui qui explique l'homme par l'homme, les prodiges de la nature humaine par l'organisation humaine, qui proclame, que l'œuvre créée n'est point un mensonge du Créateur, mais qui courbe son front et anéantit son intelligence devant la cause première de cette mystérieuse harmonie.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

OCTOBRE 1835.

N° 40. — 3 OCTOBRE.

SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE D'ALGER.

(Suite. — *V.* le n° 38.)

Le 28 août, décès: Juifs, 16; Maures, 10; Européens, 4; hôpitaux militaires, 10. (Nous répétons que ce n'est qu'approximativement qu'on nous donne le chiffre de la mortalité dans ces hôpitaux militaires, attendu que l'administration de ces établissemens montre peu d'obligeance envers l'administration sanitaire, pour lui communiquer des renseignemens officiels). Grande amélioration dans l'état sanitaire général, tellement qu'on est déterminé à fermer plusieurs des bureaux de secours, si le mieux se soutient les jours suivans.

Le 29, décès : Juifs. 6; Maures, 10; Européens, 9; hôpitaux militaires, 15. Presque pas de nouveaux-nés. Tous les Européens ont rouvert leurs boutiques. — Le soir, sept ambulances, devenues inutiles, sont supprimées.

Le 30; décès : Juifs, 5; Maures, 13; Européens, 5; hôpitaux militaires, 10. Point de décès à l'hôpital du dey. Les Maures commencent à ressentir plus vivement les effets de l'épidemie; mais les Juifs et les Européens ne sont presque plus attaqués.

Le 31, dernier jour du mois et lundi; décès; Juifs, 12, Maures, 7, Européens, 7, hôpitaux militaires, 10. On remarqua ce jour-là un plus grand nombre de cas nouveaux, et plus de gravité dans ces cas; peut-être est-ce l'effet des actes de débauche de la veille, dimanche.

Le 1er septembre; décès: Juifs, 6; Maures, 5; Européens, 8; hôpitaux militaires, 5.

Le 2, décès: Juifs, 6; Maures, 2; Européens, 6. Grande amélioration en ville. La maladie a presque complètement cessé à Mustapha-Pacha et à Douéra; aux environs, elle fait des ravages effroyables. Les Hadjoutes sont presque anéantis; toutes les tribus sont en fuite pour l'intérieur du pays, abandonnant leurs bestiaux, leurs tentes, tout ce qu'elles possèdent, s'imaginant par là échapper au fléau dévastateur. Vain espoir! le choléra règne avec violence dans toute la régence.

Le 3; décès : Juifs, 4; Maures, 4; Européens, 0.

Le 4; décès : Juifs, 4; Maures, 2; Européens, 2. Le vent du désert a soufflé toute la journée avec une violence épouvantable. On ne respire qu'un air embrâsé, chargé d'un sable rouge presque impalpable; le soleil en est obscurci et ne paraît que comme un disque rouge. Dans l'après-midi quelques coups de tonnerre et quelques gouttes de pluie.

Le 5, la nuit a été affreuse; le vent n'a pas cessé, il a plu et il a fait une chaleur insupportable. Décès : Juifs, 15; Maures, 0; Européens, 3. Beaucoup de nouveaux cas. L'épidémie, qui avait cessé presque complètement à Douéra, y sévit de nouveau avec rigueur.

Le 6; decès: Juifs 4; Maures, 1; Européens, 2.

Le 7, lundi; décès : Juifs, 2; Maures, 2; Européens, 0.

Le 8; décès: Juifs, 1; Maures, 1; Européens, 0.

Le 9; décès: Juifs, 1: Maures, 2; Européens, 0.

Le 10; décès : Juifs, 0; Maures, 2; Européens, 1.

Le 11; décès : Juifs, 0; Maures, 1: Européens, 0. On fait rentrer en ville une partie des Juifs qui étaient à Douzarriah; immédiatement après leur retour, quelques cas nouveaux se déclarent parmi eux.

Le 12; décès : Juifs, 3; Maures, 2: Européens. 0. Beaucoup de nouveaux cas parmi les Juifs.

Le 13; décès : Juifs, 3; Maures, 4; Européens, 0. Recrudescence de l'épidémie. Des Juifs, des soldats, des individus de l'ordre civil sont attaqués; on remarque quelques cas foudroyans. On apprend que Bélida n'est plus qu'un désert.

Le 14; décès : Juifs, 1; Maures, 2; Européens, 0. Beaucoup des cas nouveaux qu'on croyait d'abord être des cas de choléra, sont reconnus pour n'être que des cholérines. Un changement complet de l'état de l'atmosphère, qui, d'une chaleur étouffante passe au frais, a produit un mieux sensible sur un grand nombre de malades.

Le 15; décès: Juifs. 1; Maures, 1; Européens. 1.

Le 16 ; décès : Juifs, 0 ; Maures, 1 ; Européens, 1.

Le 17 ; décès : Juifs, 1 ; Maures, 1 ; Européens, 1. Dans la tribu de Hissa, sur 114 Arabes qui habitaient une ferme (bhaouch), il en est mort 107 du choléra.

Le 18, un orage épouvantable a éclaté dans la nuit précédente ; le tonnerre a grondé, la pluie a tombé par torrens pendant plusieurs heures. Décès : Juifs, 0 ; Maures, 1 ; Européens, 0. — Le choléra s'est de nouveau déclaré à Oran ; on assure qu'une maladie pestilentielle règne à Mascara et à Trémecen, probablement par suite des inhumations mal faites des cholériques décédés.

Le 19, point de décès, point de nouveaux cas. Il ne reste plus beaucoup de cholériques dans les hôpitaux ; presque tous ceux qui y étaient sont sortis guéris ou convalescens. Les vaisseaux sortaient du port avec *patente nette*.

— Notre correspondant, dans une lettre en date du 20, après s'être réjoui de voir l'épidémie terminée, ajoute qu'on ne peut se faire une idée de l'état dans lequel se trouve la malheureuse ville d'Alger. Figurez-vous, dit-il, les horreurs d'un siége de six mois et d'un assaut meurtrier répété vingt fois, et cela ne vous le fera comprendre que faiblement. Les trois quarts des boutiques sont fermées par suite de la mort de ceux qui les occupaient. On voit partout des décombres, des maisons, des rues entières abattues pour cause de salubrité ; puis le deuil peint sur toutes les figures et sur tous les vêtemens. Ajoutez à cela qu'on ne voit plus de Bédouins en ville, parce que le choléra sévit sur eux avec encore plus de violence qu'il ne ne l'a fait sur la population de la ville, ce qui est cause que le marché est désert, et que tout renchérit d'une manière effrayante.

En résumé, d'après un tableau officiel qui a été communiqué à M. Gaultier de Claubry, entre le 3 août et le 18 septembre, il y a eu 1.664 décès reconnus par les autorités militaires et civiles, répartis de la manière suivante.

En ville, 833 ; habitans sortis à la campagne, 37 ; à l'hôpital civil, 172 ; à l'hôpital du Dey, 277 ; à l'hôpital de Mustapha-pacha, 31 ; à celui de Khahhatine, 344. En outre, il y a eu à peu près 250 Juifs et 80 Maures dont les décès n'ont pas été constatés à la mairie ; et si l'on fait attention que l'administration militaire a difficilement communiqué ses états officiels, et a souvent diminué le chiffre des pertes qu'elle faisait, on comprendra qu'il peut très-bien exister quelques différences entre les diverses relations qui seront publiées sur l'épidémie d'Alger.

N° 41. — 10 Octobre

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Clinique de M. le Dr Bouillaud.)

Compte-rendu des mois de juillet et août : par M. Jules Pelletan, chef de clinique.

Les deux mois dont il me reste à rendre compte ont été riches en faits intéressans ; les inflammations du tube digestif s'y sont montrés très-fréquentes, et les résultats obtenus sur des séries aussi nombreuses sont bien propres à donner des convictions sur l'excellence du traitement employé dans ces cas. Nous verrons aussi que dans les autres affections, les succès, annoncés dans les précédens compte-rendus, se sont maintenus au même point, c'est ce que démontreront complètement les détails dans lesquels je vais entrer.

Les malades, reçus pendant ces deux mois, ont été au nombre de 135 ; 95 hommes et 40 femmes. Sur ce nombre, les maladies aiguës ont compté 106 cas et les affections chroniques 29 cas seulement.

Entrons de suite dans les détails et voyons, en examinant chaque viscère, les maladies qui ont été soumises à notre observation.

Les affections cérébrales ont été au nombre de 7.

1° Une méningite avec entérite typhoïde (n° 10). Arrivé le 11 août, dans un état comateux complet, on lui fit une saignée et une application de ventouses aux apophyses mastoïdes et il succomba le jour même de son entrée.

2° Une méningite (n° 23) arrivée à une période moins avancée ; le malade avait des accès convulsifs prononcés, suivis de perte de connaissance, puis un délire furieux, etc. On lui fit 2 fortes saignées, 2 applications de ventouses derrière les oreilles, il fut guéri dans l'espace de 7 à 8 jours.

3° Une cérébrite avec abcès. La maladie datait de 15 jours au moment de l'entrée. Depuis 2 jours seulement le malade avait éprouvé une hémiplégie à gauche ; on crut d'abord à une hémorrhagie cérébrale, mais il survint tout-à-coup de la contracture dans les membres et le malade succomba rapidement 10 jours après son entrée. On lui avait fait 2 fortes saignées, 2 applications de ventouses, et 60 sangsues avaient été posées aux apophyses mastoïdes.

4° Deux cas d'hémorrhagie cérébrale (nos 2 et 11 des femmes). La première malade est sortie guérie tout récemment, l'autre succomba 3 jours après son entrée. On avait employé chez ces deux femmes 2 saignées, 2 applications de ventouses et 2 vésicatoires.

5° Deux cas de congestion cérébrale (nos 16 et 19) guéris en quelques jours par les saignées.

Les maladies aiguës des organes respiratoires ont été assez nombreuses, quoique la température ait été toujours très-élevée pendant les deux mois que je passe en revue. L'inflammation des amygdales s'est présentée chez 9 sujets, 5 hommes et 4 femmes. Un tableau présentera plus brièvement ces différens cas.

HOMMES.

Nos	Maladie.	Malade dep. :	Saignées.	Sangsues.	Guérison.
1	Amygd. laryng.	8 j.	1 s. 3 p. 1/2.	20 s. au cou.	le 4e j.
15	— grave.	6 j.	1 s. 3 p. 1/2.	40 s. 2 ap. ventouses (6 pal.).	le 6e j.
17	— simple.	6 j.	1 s. 3 p. 1/2.	50 sang.	le 7e j.
19	—cong. cérébr.	3 j.	1 s. 3 p. 1/2.	30 sang.	le 5e j.
19	— simple.	4 j.	1 s. 3 p. 1/2.	30 sang.	le [illegible]e j.

FEMMES.

Nos	Maladie.	Malade dep. :	Saignées.	Saignées.	Guérison.
5 (1)	œdème du t. c. envir.	1 s. 3 p.		40 sang.	le 5e j.
8	— couenneuse.	2 j.	1 s. 3 p. 1/2.	50 sang.	le 6e j.
12	— simple.	3 j.	1 s. 3 p. 1/2.	20 sang.	le 4e j.
13	— simple.	4 j.	1 s. 3 p. 1/2.	30 s. ℥ jj.	Ricin. 3e j.

Un cas grave de bronchite capillaire générale nous fut présenté par une femme couchée au n° 11. Cette malade, déjà affaiblie par une entéro-colite intense, offrait en arrière, dans toute l'étendue des poumons, une respiration très-faible, mêlée de râle sous crépitant et sibilant. Son pouls était petit, dépressible à 120 pulsations. On lui fit cependant, à quelques jours de distance, 3 saignées de 3 palettes; on lui appliqua deux fois des ventouses scarifiées et 2 vésicatoires. A l'aide de ce traitement, la respiration se dégagea peu à peu, et 15 jours après son entrée elle entra en pleine convalescence. Deux cas de pleurésie avec épanchement se sont offerts à notre examen. L'une, qui existait à droite chez un garçon de 16 ans, datait de 11 jours au moment de l'entrée. Tout le côté en arrière et en avant, jusqu'à la seconde côte, était mat; on y distinguait du souffle et de l'œgophonie. Le traitement fut énergique : 3 saignées de 3 palettes, 20 sangsues, une application de ventouses et un large vésicatoire sur le côté triomphèrent en 16 jours de cet énorme épanchement.

L'autre malade, couché au n° 23, présentait la pleurésie à gauche. Il était malade depuis 8 jours : toute la partie postérieure gauche, depuis la base jusqu'à l'épine de l'omoplate, rendait un son mat et était le siége du souffle et de l'œgophonie, 2 saignées de 3 p. et 1/2, 2 ventouses scarifiées de 3 p. chacune, et 2 vésicatoires furent employés, et dans l'espace de 15 jours, l'épanchement fut entièrement résorbé. Dans ces deux cas, on observa à la sortie du malade un beau frottement pleural.

Sept cas seulement de pleuro-pneumonie ont paru dans le service pendant les mois de juillet de d'août.

Sous le rapport du sexe, 4 hommes et 3 femmes présentaient cette inflammation. 3 de ces malades étaient âgés de 30 à 40 ans, un de 42, un de 52 et 2 de 64 à 66 ans. 5 étaient entrés en août et 2 seulement en juillet. La phlegmasie existait 3 fois à droite, autant de fois à gauche, dans un cas elle était double; chez 5 malades elle occupait la partie inférieure du poumon, chez un seul le sommet, un dernier avait la totalité du poumon entreprise.

Voyons maintenant le traitement employé et les résultats obtenus.

(1) Entrée pour une gastrite, elle en était guérie, lorsqu'elle fut prise dans nos salles de l'amygdalite avec œdème du tissu cellulaire sous-maxillaire; complication grave, qui pouvait faire craindre que l'œdème ne s'étendit aux parties enflammées et à la glotte.

HOMMES.

Nos		Date de la maladie.	Saignées.	Ventouses.
3	droite	2/3 inf. 3e deg.	4. j. 3 s. 13 p.	2 ap. 6 p. mort 2e j.
12	doub. somm.	3e gauch.	5. j. 4 s. 13 p.	2 ap. 6 p. 2 vésic. mort le 9e j.
5	droite. base.	1er deg.	8 j. 2 s. 7 p.	2 ap. 6 p. 1/2. emp. st. guéri le 8e j.
18 (1)	gauche. base.	1er deg.	3 j. 3 s. 11 p. 1/2	2 ap 6. p. 1/2. 2 vésic. guéri le 10e j.

FEMMES.

3	droite totalité.	2e deg.	4 j. 4 s. 14 p.	2 ap. 6 p. 1 vésic. guéri le 8e j.
11	gauche. base.	1er deg.	3 j. 2 s. 9 p.	guéri le 5e j.
7	gauche. base.	1er deg.	2 j. 2 s. 7 p.	1 ap. 4 p. 1 vésic. guéri le 6e j.

On voit, d'après ce tableau, qu'en réunissant la quantité du sang tirée par la lancette et les ventouses on a, terme moyen, pour chaque malade, 15 palettes et 1/2 de sang, ce qui correspond à peu près à 3 saignées et 2 applications de ventouses.

Il y eut deux morts sur sept malades, ce qui, sur un aussi petit nombre, pourrait paraître un résultat peu avantageux. Toutefois, en acceptant même comme insuccès ces cas où il n'était donné à aucune méthode de guérir (puisqu'ils étaient tous deux arrivés au 3e degré, et que dans un cas la phlegmasie était double) nous verrons encore dans le résumé général que le résultat définitif sera encore plus favorable que partout ailleurs.

Deux cas d'hémorrhagie pulmonaire (nos 5 et 16, hommes) ne présentèrent rien de particulier, et furent rapidement guéris au moyen d'un emplâtre stibié chez l'un et d'une potion avec le ratanhia chez l'autre.

Les rhumatismes articulaires aigus ont été au nombre de 6, 2 hommes et 4 femmes, 3 autres cas de rhumatisme sub-aigu se sont présentés, mais n'ont pas été traités par les émissions sanguines, j'en fais une section à part.

Parmi les 6 cas d'inflammation franchement aiguë, cinq ont été accompagnés de symptômes morbides du côté du cœur.

Le dernier cas appartenait à une jeune fille qui a présenté, pendant tout son séjour, un bruit de souffle distinct dans la région précordiale mais qui dépendait d'un état chlorotique plutôt que d'une lésion organique dans le centre circulatoire.

Le malade du n° 20 était atteint depuis trois jours d'un rhumatisme articulaire qui avait commencé dans les genoux et les hanches et qui, au moment de l'entrée, existait plus fortement dans le pied gauche et les deux épaules. Il y avait vers le cœur un état de congestion caractérisée par une légère voussure, par une matité d'environ 4 pouces en carré et par des bruits

(1) Accompagnée d'endo-péricardite reconnue et guérie.

un peu sourds accompagnés d'un assez beau tintement métallique.

Le n° 22, qui est encore dans ce moment dans les salles, était à son arrivée malade depuis 5 jours et présentait un rhumatisme articulaire presque général. Il lui était impossible d'exécuter, sans la plus vive douleur, le moindre mouvement. Le cœur ne pouvait, avec une affection aussi généralisée, rester sain, aussi trouva-t-on la région précordiale voutée donnant un son mat dans une étendue de 3 pouces en carré. Les bruits étaient sourds, il existait un léger frottement pendant le premier bruit, les battemens présentaient des irrégularités et des intermittences complètes et nombreuses. Un traitement énergique (3 saignées et une application de ventouses) l'avait débarrassé en trois jours de tous les symptômes que je viens d'indiquer, lorsqu'il eut l'imprudence de se refroidir, et toute la maladie reparut aussi intense. On vit ainsi a trois reprises la maladie cesser entièrement et récidiver après des imprudences de toutes sortes, signalées par les infirmiers et même par les voisins du malade qui lui reprochaient de tout faire pour ne pas guérir. Dans ce moment il est complètement guéri et doit sortir d'un moment à l'autre.

Au n° 5 (femmes) existe encore pour l'intensité et l'étendue de l'inflammation articulaire, le pendant de l'observation que je viens de citer, mais la malade a été docile et prudente et l'inflammation rhumastimale a duré bien moins long-temps; elle datait de 5 jours au moment de l'entrée. Cette femme, d'une obésité remarquable, avait une constitution robuste et elle supporta très-bien le traitement énergique auquel elle fut soumise.

Au n° 8 (femmes) existait un rhumatisme qui datait de 3 semaines. Il avait paru d'abord au genou, puis les genoux et les poignets avaient été entrepris; il existait en outre tous les symptômes d'endo-cardite.

Au n° 12 de la même salle, une malade se plaignait d'avoir éprouvé depuis 8 jours des douleurs dans les articulations des pieds, puis les genoux, les coudes et les poignets avaient été successivement envahis. Du reste, les symptômes de l'endocardite étaient bien manifestes. La malade avait une constitution chétive, presque misérable, et l'on ne pût traiter, aussi complètement que les autres, cette affection qui, comme on le verra, dura bien plus long-temps.

Le traitement et sa durée seront brièvement exposés dans le tableau suivant.

Nos	Date de la maladie.	Saignées.	Ventouses	Sangsues.	Guérison.
			HOMMES.		
20	3 jours	2 s. 7 p.	1 app. 3 p. 1/2.	48 s. compression.	13e j.
22	5 jours.	6 s. 22 p.	2 app. 6 p.	2 vés. rég. préc.	25e j.
			FEMMES.		
3	15 jours.	1 s. 3 p.	»	20 s. compression.	6e j.
5	5 jours.	5 s. 25 p.	1 app. 3 p.	40 s. compression.	16e j.
8	20 jour.	2 s. 7 p.	1 app. 5 p.	1 vésicatoire digit.	15e j.
12	8 jours.	1 s. 3 p.	1 app. 5 p.	1 vés. teint. de colc.	31e j.

Il faut remarquer que, dans les dates de guérison que j'indique ici, je fais entrer la guérison de la maladie entière, celle de l'inflammation articulaire comme celle de l'endo-cardite, et que c'est à cela qu'il faut rapporter la longue durée de certains traitemens.

Je ne ferai que mentionner les 3 cas de rhumatismes articulaires sub-aigus (nos 14 et 15, hommes, et n° 6 femmes) qui furent traités par les préparations opiacées, la teinture de colchique; et, dans un cas, par une application de ventouses scarifiées Ils ne présentèrent aucun symptôme morbide du côté de la circulation, et les malades guérirent tous en 15 ou 25 jours.

J'arrive à une série de six cas d'érysipèle de la face, sur lesquels un seul était léger et était dû à une cause traumatique, les 5 autres étaient graves et présentaient la plupart des phénomènes bilieux prononcés; 3 cas se présentèrent en juillet et les 3 autres dans le mois d'août.

Nos	Érysipèle.	Date.	Saignées.	Traitement.	Guérison.
			HOMMES.		
8	grave, phén. bilieux.	3 j.	5 s. 18 pal.	24 s. mastoïd.	Purg. le 6e j.
12	avec bronchite.	2 j.	2 s. 7 pal. 1/2.	mastoïd.	Purg.
12	léger, traumat. nasal.	3 j.	»	Traitement émollient	le 5e j.
17	phénom. bilieux.	4 j.	1 s. 4 pal.	Idem.	le 4e j.
			FEMMES.		
1	intense.	3 j.	2 s. 7 pal.	Idem.	purgatif. le 4e j.
14	tr. grave, phén. bil.	5 j.	4 s. 14 pal.	60 sang.	mastoïdes. le 9e j.

Parmi ces 6 cas il en est 3, surtout les nos 8, 1 et 14 (femmes), qui auraient succombé infailliblement s'ils n'eussent pas été traités avec cette énergie. L'inflammation occupait toute la face, le cuir chevelu et descendait même sur la nuque; il s'est aussi manifesté quelques phénomènes cérébraux. Après les morts nombreuses qu'on voit dans les autres services où l'on n'emploie pas les émissions sanguines dans cette affection, et les succès constans que M. le professeur Bouillaud obtient par ce mode de traitement, il est impossible de dire et d'imprimer à présent qu'il ne faut pas employer les saignées contre l'érysipèle de la face.

Nous avons encore sous les yeux, dans le service, une nouvelle série d'érysipèles graves (1), qu'on pourrait à juste titre dénommer *typhoïdes*, et qui ont tous guéris rapidement par les saignées répétées.

Je mentionne ici, pour mémoire, un beau zona, traité et guéri par les émolliens, et j'arrive aux maladies dites fièvres éruptives. Comme elles n'ont présenté, à l'exception toutefois d'un seul cas, rien de bien remarquable, je me contenterai de les énumérer.

(1) Ils sont arrivés depuis le commencement de septembre.

N° 10 (hommes). Scarlatine grave avec amygdalite diphtéritique. Malade à l'entrée depuis 3 jours, traité par une saignée de 3 pal. 1/2 le jour de l'entrée, une 2e saignée de 3 p. et 30 sangsues au cou le lendemain, enfin 20 dernières sangsues le surlendemain. Le malade fut guéri en 5 jours.

N° 11 (hommes). Scarlatine avec miliaire datant de 4 jours, traitée par une saignée, 20 sangsues et guérie au bout de 5 jours.

N° 12 (femmes). Scarlatine bénigne qui ne réclama que l'emploi des émolliens.

N° 17 (hommes). Rougeole avec angine simple, datant de 4 jours, traitée par une saignée de 3 p. et 1/2 et 30 sangsues au cou, guérie en 5 jours.

N° 1 et 3 (hommes). 2 varioloïdes, datant de 5 jours, traitées par les émolliens, et, dans un cas, une saignée de 3 p. et 1/2, toutes deux guéries en 5 à 6 jours.

J'arrive maintenant à la nombreuse série des phlegmasies intestinales annoncée au commencement de cet article. La chaleur excessive, qui a duré presque sans interruption pendant les mois de juillet et d'août, est sans aucun doute la cause de cette grande quantité d'inflammations du tube digestif, entrée dans les salles de la clinique pendant ces deux mois.

La température qui existait à Paris, agissant surtout par sa continuité, assimilait notre climat à celui des régions méridionales. De là, sans doute, vient cette prédominance des phénomènes bilieux qui a été notée dans la plupart des affections dont je vais rendre compte.

Je noterai en premier lieu un cas de simple indigestion arrivée à un infirmier de la salle (n. 15) et qui ne dura que 2 ou 3 jours. Trois cas d'embarras gastrique ou de gastrite légère traités, l'un, n° 17 (hom.), par 18 grains d'ipécacuanha, l'autre, n° 9 (femmes), par 24 gr. d'ipécacuanha et des ventouses scarifiées à la région épigastrique; le dernier enfin, n° 12 (femmes), par une saignée de 2 palettes et un traitement émollient : ces trois légères maladies furent guéries en 4 à 6 jours.

Les gastro-duodénites, fièvres typhoïdes bilieuses de certains modernes, et que j'aimerais encore mieux nommer fièvres bilieuses avec les anciens, ont été au nombre de 7,6 hommes et une femme. Comme les symptômes de ces inflammations ont été maintes fois indiqués ici, il suffira donc d'en présenter un tableau abrégé.

HOMMES.

Nos	Date.	Saignées.	Traitement.	Guérison.
2	8 jours.	»	24 grains d'ipécacuanha.	le 5e j.
2	8 jours.	»	Traitement émollient.	le 10e j.
5	8 jours.	»	2 f. 24 gr. d'ip. 2. ℥ de ricin. tr. émol.	le 9e j.
18	6 jours.	1 saignée.	24 gr. d'ipec. 2 ℥ de ricin. tr. émol.	le 9e j.
23	8 jours.	1 saignée.	Traitement émollient.	le 5e j.
26	10 jours.	»	Idem.	le 10e j.

FEMMES.

6	8 jours.	»	Traitement émollient.	le 6e j.

On peut voir par le tableau qui précède que ces affections ont été pour la plupart légères, et qu'aucune d'elles n'a exigé un traitement antiphlogistique énergique. Les phénomènes bilieux ayant prédominé, on n'a pas cru qu'il fût nuisible d'employer la méthode dite évacuante; et ces essais ont prouvé une dernière fois que, dans des cas simples et peu graves, un vomitif léger ou un doux purgatif n'ont pas de grands inconvéniens, mais, cependant, qu'ils amènent une guérison moins prompte que les évacuations sanguines. Nous en avons la preuve ci-dessus. Nous voyons des guérisons obtenues, en 9 à 10 jours, en employant ces moyens évacuans, tandis qu'on a pu voir dans tous les résumés précédens des inflammations de ce genre, mais plus intenses, emportées en quatre à cinq jours par le traitement antiphlogistique. Ces sortes de contre-épreuves ont aussi, comme on le voit, leur avantage et leur utilité.

Je dois placer ici cinq cas de gastro-entérite simple et caractérisée par un état de fièvre assez intense, un peu de sécheresse de la langue, avec rougeur de son limbe, inappétence, quelques nausées, un peu de dévoiement, nulle stupeur, nulle prostration. Ces symptômes, franchement inflammatoires, ont été combattus dans tous les cas par des moyens antiphlogistiques. Il eût été, dans ce cas, imprudent d'employer les évacuans, comme nous les avons vu mettre en usage ci-dessus.

Les malades qui ont présenté ce groupe de symptômes, étaient un homme et quatre femmes. Tel a été le traitement employé dans ces cas.

N. 16. (hommes.) Gastro-entérite avec bronchite, datant de huit jours. Ventouses à l'abdomen, 8 palettes et demie, lav. amid., catap., bains. Guérison, le troisième jour.

N. 5. (Femmes) Gastro-entérite, chlorose. L'inflammation intestinale datait de 3 jours. En raison de son état chlorotique, on n'employa chez elle que les émolliens, et elle ne fut guérie qu'au bout de 10 jours.

N. 6. (Femmes). Indisposée depuis 14 jours, traitée par une saignée de 3 palettes et une application de ventouses de 3 palettes sus l'abdomen. Guérie en 4 jours.

N. 7. (Femmes). Malade depuis trois jours. On employa une saignée de 3 palettes et demie, et le lendemain, on tira 3 palettes de sang par les ventouses. Guérie en 4 jours.

N. 12. (Femmes). Gastro-entérite avec aménorrhée et leucorrhée; indisposée depuis 15 jours; traitée par une application de 3 palettes et demie sur l'abdomen; et guérie de l'inflammation intestinale le sixième jour.

Dans tous ces cas, je le répète, ne voit-on pas les émissions sanguines amener une guérison plus rapide que les autres moyens employés dans les gastro-duodénites précédentes.

La série des entérites folliculeuses, à laquelle j'arrive, se compose de 26 cas bien constatés, et la plupart fort graves. On voit d'ailleurs que loin d'imiter

certains pathologistes, qui englobent toutes les nuances dans leur vague expression de fièvre typhoïde, j'ai élagué les embarras gastriques, les gastro-duodénites et même les simples gastro-entérites, pour ne ranger dans les entérites folliculeuses typhoïdes que les cas où c'est bien manifestement les plaques de Peyer et les follicules de Brunner qui sont affectées.

Ce nombre considérable appartient presque exclusivement à la salle des hommes ; deux femmes seulement viennent s'y placer.

Tous ces malades appartenaient à la classe ouvrière. Sous le rapport de l'âge, neuf avaient de 14 à 18 ans, 12 de 19 à 24 ans, cinq de 30 à 35 ans. La durée de leur séjour à Paris était ainsi repartie : six y étaient depuis 1 à 2 mois, sept depuis 3 à 4 mois, quatre de 5 à 7 mois, six depuis 1 an à 2, trois enfin depuis 3 ans à 5.

Il serait trop long de donner une histoire, même abrégée, de chacun de ces cas. Je me bornerai à en présenter le tableau synoptique, en tenant compte de la date de la maladie au moment de l'entrée, du traitement employé, de l'époque de la guérison.

Pour le reste, s'il existait quelques particularités, quelques notes y suppléeront.

HOMMES.

Nos	Date.	Saignées.	Application de ventouses.	Sangsues.	Vésicatoires., etc.	Guérison.	Observations.
2	5 jours.	2 s. 7 pal.	2 app. 6 pal.	»	»	Guéri 14e j.	
3	5 jours.	2 s. 7 pal.	2 app. 6 pal.	»	»	Guéri 10e j.	
4	12 jours.	1 s. 3 pal. 1/2.	1 app. 4 pal.	»	»	Guéri 7e j.	
4	4 jours.	2 s. 7 pal.	2 app. 6 pal. 1/2.	»	»	Guéri 8e j.	Phénomènes bilieux marqués.
5	9 jours.	3 s. 10 pal. 1/2.	1 app. 3 pal.	»	»	Guéri 9e j.	
6	6 jours.	1 s. 4 pal.	2 app. 6 pal. 1/2.	»	Comp. froides	Guéri 10e j.	
7	6 jours.	2 s. 7 pal. 1/2.	4 app. 12 pal.	»	2 vésic. Glace. Affus. Bains.	Guéri 30e j.	Très-grave. Phénomènes cérébraux.
7	15 jours.	1 s. 3 pal. 1/2.	1 app. 3 pal.	»	»	Guéri 10e j.	
8	15 jours.	3 s. 10 pal.	2 app. 6 pal.	»	2 vésic. Affus. Bains.	Mort 25e j.	Très-grave; mal. indocile.
8	5 jours.	1 s. 3 pal. 1/2.	2 app. 6 pal.	»	1 vésic. morphine.	Guéri 11e j.	
9	3 jours.	»	»	»	» Traitement chlor. seul.	Guéri 7e j.	
9	15 jours.	1 s. 3 pal. 1/2.	2 app. 7 pal.	»	»	Guéri 10e j.	
11	10 jours.	3 s. 10 pal. 1/2.	2 app. 6 pal.	35. oreilles.	2 vésic. Glace. Fricf. mercur.	Guéri 31e j.	Très-grave, Ramollissement cérébral et vers la fin, érysipèle intense.
12	10 jours.	1 s. 3 pal, 1/2.	1 app. 3 pal. 1/2.	»	»	Guéri 6e j.	
13	12 jours.	2 s. 7 pal.	1 app. 3 pal. 1/2.	»	»	Guéri 8e j.	Phénom. bilieux ; fièvre intermittente à la fin de la maladie.
16	8 jours.	2 s. 7 pal.	1 app. 3 pal. 1/2.	»	»	Guéri 8e j.	Phénomènes bilieux.
17	5 jours.	1 s. 4 pal.	1 app. 3 pal.	»	»	Guéri 5e j.	L'entérite fut accompagnée de pleurodynie.
19	8 jours.	1 s. 4 pal.	2 app. 6 pal.	»	2 vésic. Glace tête et abdomen.	Mort 16e j.	Très-grave.
20	10 jours.	1 s. 3 pal. 1/2	2 app. 6 pal.	»	»	Guéri 10e j.	Phénom. bilieux ; fièvre interm. à la suite.
21	8 jours.	1 s. 4 pal.	1 app. 3 pal.	»	»	Guéri 8e j.	Phénom. bilieux.
22	10 jours.	2 s. 7 pal.	1 app. 3 pal.	»	»	Guéri 6e j.	
24	12 jours.	1 s. 3 pal.	2 app. 6 pal.	»	2 vésic. Glace tête et abd.	Guéri 16e j.	Très-grave ; phénom. bilieux; eng. pulm.
25	3 jours.	1 s. 3 pal. 1/2	1 app. 3 pal. 1/2	»	»	Guéri 8e j.	Phén. bilieux.
26	10 jours.	2 s. 7 pal. 1/2	3 app. 10 pal.	»	» 40 goutt. croton. poitrine.	Guéri 16e j.	Eng. pulm.

FEMMES.

4	25 jours.	»	3 app. 7 pal.	20 s. anus.	2 vésic. Glace affus. musc.	Guérie 24e j.	Phén. at axiq. très-grave;
10	12 jours.	1 s. 3 pal. 1/2.	3 app. 6 pal. 1/2.	»	2 vésic. Glace tête et abd.	Guérie 21e j.	Très-grave. Phén. bilieux. eng. pulm.

D'après ce tableau, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

La date de la maladie, au moment de l'entrée, est, terme moyen, de neuf jours. Le traitement employé peut être évalué, pour chaque malade, à une saignée et demie ou 5 palettes de sang retiré par la lancette et deux applications de ventouses, en tout environ onze palettes. On eut recours à l'application de vésicatoires aux mollets, 7 fois sur 26, c'est-à-dire dans un peu plus du quart des cas.

La durée du traitement fut, terme moyen, de 11 à 12 jours.

Enfin, le rapport des morts sur les guérisons fut de 2 sur 26 ou de 1 sur 13. Tel est ma statistique; mais si je voulais comprendre, pour compter la mortalité définitive, tout ce qu'on a appelé *fièvre typhoïde*, je devrais joindre à ces 26 cas tous ceux précédemment élagués, c'est-à-dire les trois embarras gastriques, les 7 gastro-duodénites, les 4 gastro-entérites simples. Ce qui me donnerait un total de 40 fièvres typhoïdes, sur lesquelles seulement 2 morts. Je ne fais ce calcul que pour mémoire, répugnant singulièrement à tout confusionner ainsi pour avoir une apparence de supériorité dans les résultats, qui sont déjà assez favorables pour qu'on n'ait pas besoin de torturer les faits.

Il me reste, pour achever l'histoire des affections du tube digestif, à dire un mot de deux cas d'entéro-colite, dont l'un appartenait à un homme couché au n. 6, et qui a été guéri par les préparations opiacées, et l'autre à une femme (n. 11), déjà mentionnée pour une bronchite capillaire générale. J'ai indiqué plus haut le traitement auquel elle fut soumise

Enfin, nous eûmes un cas de choléra algide bien caractérisé (n. 4, femmes). Il fut traité par la glace en boisson, tous les moyens de réchauffement, des ventouses à l'épigastre, des synapismes aux extrémités et des lavemens laudanisés. La malade fut guérie en 5 jours, et n'eut une convalescence que de 7 à 8 jours.

Les cas qui suivent sont moins intéressans, et je ne ferai que les mentionner.

Deux blennorrhagies, dont l'une (n. 25) fut accompagnée d'inflammation du genou. Cette complication fut traitée par une forte saignée, une application de ventouses scarifiées, puis des frictions mercurielles et un bandage compressif. Le malade sortit complétement guéri, après 18 jours de traitement.

L'autre cas (n. 4) fut simple. Une saignée, 40 sangsues au périnée et une potion de Chopart en deux prises amenèrent la guérison en 10 jours.

Quatre cas de lombago et courbature (n. 6, 12, 15, hommes, et 13, femmes) furent traités par le repos et les bains, et guérirent rapidement.

Parmi les névroses, je citerai trois coliques saturnines.

Nos 10, 16, 19. (Hommes.) Traités par les purgatifs, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz ou l'huile de Croton, puis par quelques préparations opiacées. Guéris en 5, 6 et 10 jours.

Un cas de chorée (n. 7, femmes) existant depuis 3 mois; rapidement guéri par une saignée au début, puis des bains et des affusions froides, des lavemens de musc et assa fœtida et des pilules de Meglin.

Un cas de fièvre quarte non constatée, et qui ne fut pas traitée.

Enfin je placerai ici, quoique ce ne soit pas à proprement parler une névrose, un cas de tic douloureux, siégeant au front et à la tempe, avec difficulté de mouvement dans le releveur de la paupière supérieure, et qui fut guéri par une saignée au début et l'application de 30 sangsues à la tempe.

Les affections chroniques ont été, comme je l'ai dit, au nombre de 29 pendant ces deux mois. Elles se sont réparties ainsi : 2 cas de chlorose avec bruit de diable (n. 11 et 12, femmes). Ces malades sont sorties guéries, l'une après 21 jours, l'autre après un mois de traitement, consistant, comme on sait, dans les préparations amères, et surtout l'administration du fer à haute dose.

Les maladies chroniques de l'appareil cérébro-spinal ont été au nombre de trois.

Un cas de myélite chronique, avec carie vertébrale (n. 4, hommes) datait de 15 mois. Il n'a été fait qu'un traitement palliatif pendant les quelques jours que le malade est resté à la clinique, puis on l'a fait passer dans les salles de chirurgie.

Un cas d'amaurose, avec idiotisme : rien n'a été tenté.

Un cas de démence, avec anesthésie partielle. Le malade a été envoyé à Bicêtre.

Les altérations chroniques, de l'appareil respiratoire ont été au nombre de 11, ainsi réparties : 2 bronchites chroniques (n. 1 et 15, hommes); sortis soulagés. Sept cas de bronchopneumonie chronique, avec commencement de tuberculisation ; sortis tous soulagés, par un régime sévère ; dans quelques cas, une saignée suivie de ventouses sous les clavicules, dans d'autres cas, un emplâtre stibié ou un vésicatoire. Ce traitement était secondé par la tisane de lichen, un loch kermétisé ou une potion légèrement opiacée.

Deux cas de tubercules avec caverne (n. 20, hommes, et 8, femmes). Le n. 20 succomba, et, outre la caverne, présenta de belles ulcérations intestinales. La femme du n. 8 sortit soulagée.

Les lésions organiques de l'appareil circulatoire furent au nombre de 4.

1° Une hypertrophie simple du cœur, sans obstacle à la circulation, datant de 5 ans (n. 12, hommes). 2 fortes saignées soulagèrent singulièrement le jeune garçon qui en était porteur, et il put sortir au bout de 9 jours.

2° Un cas d'hypertrophie, avec dilatation et induration des valvules, mais sans rétrécissement. Le malade âgé de 21 ans, déclara qu'il avait eu, il y a 13 mois, un rhumatisme articulaire aigu, qu'il décrivit fort bien, et que, depuis cette époque, il était essoufflé et éprouvait des palpitations. 2 saignées et 1 vésicatoire saupoudré de digitale, qu'il garda pendant une huitaine de jours, améliorèrent tellement sa position qu'il demanda lui-même à reprendre ses travaux.

3° Un cas d'hypertrophie, avec dilatation, induration et rétrécissement des valvules et tubercules pulmonaires, se présenta chez un vieillard de 68 ans (n. 24). Le malade succomba 12 jours après son entrée.

4° Enfin, une femme de 49 ans (n. 14) présenta les mêmes altérations, avec caverne évidente. Elle sortit au bout de 10 jours, sans aucune amélioration dans son état.

Les altérations organiques de l'appareil digestif se bornèrent à trois cas de gastrite chronique (n. 1, 13,

22, hommes). Le premier est encore dans nos salles; il y a probablement chez lui un état squirrheux de l'estomac. Chez les deux autres, on plaça au centre épigastrique un vésicatoire qui fut saupoudré d'acétate de morphine, et tous deux sortirent soulagés.

Je placerai ici un cas d'affection organique du foie, avec ictère (n. 1), chez un homme de 41 ans, porteur, en outre d'exostoses syphilitiques, et qui sortit non guéri après une semaine de séjour.

Pour l'appareil de la locomotion, je n'ai à mentionner que deux cas d'anciennes douleurs rhumatismales. Le n. 8 de la salle des hommes souffrait particulièrement dans l'articulation coxo-fémorale. On lui appliqua un vésicatoire qu'on pansa avec de la morphine. Il sortit guéri au bout de 16 jours. L'autre cas appartient à une blanchisseuse qui est encore dans les salles, et qui a été soulagée par les ventouses scarifiées, appliquées sur les genoux, qu'on a ensuite entouré d'un bandage légèrement serré. La teinture de colchique, prise pendant 8 à 10 jours à la dose de 24 gouttes, n'avait amené aucune amélioration dans son état.

L'appareil génital nous offrit chez trois femmes de graves lésions. Deux ulcérations du col (n. 5 et 14), chez la dernière, de nature syphilitique; et enfin (n. 13) un cancer utérin très-avancé. Le traitement fut palliatif dans ces trois cas; et les malades sortirent pour entrer dans les services spéciaux.

Comme la partie essentielle pour le médecin et pour le malade, dans tous les résumés de ce genre, est la mortalité, voyons ce qu'elle a été dans les maladies aiguës et dans les affections chroniques.

Dans les maladies aiguës, qui furent au nombre de 106, nous eûmes 7 morts, ainsi réparties : 1 méningite, avec entérite folliculeuse peu grave; une cérébrite, avec abcès; une hémorrhagie cérébrale; deux pleuro-pneumonies et deux entérites folliculeuses : ce qui donne 1 mort sur 15 1/7.

Dans les maladies chroniques, au nombre de 29, il y eut 2 décès : ce qui donne 1 mort sur 14 1/2.

Notons, toutefois, que la mortalité aurait pu être beaucoup plus considérable dans cette dernière série, si les malades n'eussent pas demandé à sortir, ou si on ne les eût pas fait transférer dans de certains hospices.

Si, maintenant, nous résumons toute la mortalité pendant ces deux mois, nous trouverons 9 décès sur 135 malades : ce qui donne, somme toute, 1 mort sur 15.

Dans un prochain article, je donnerai les résultats généraux de toute la clinique pendant la session de 1835, et j'aurai soin de comparer les chiffres obtenus avec ceux que l'on a publiés dans différens autres services.

N° 42. — 17 Octobre.

Clinique des maladies du cœur; par M. le Pr Bouillaud.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Je me propose de publier dans ce journal une série d'articles sur les principaux sujets de la clinique médicale, et d'exposer, avec tous les développemens convenables, les résultats vraiment remarquables que nous avons obtenus et que nous obtenons chaque jour dans le service dont je suis chargé. Ces résultats, pour la plupart diffèrent tellement de ceux obtenus dans d'autres services, que l'on a quelque peine à y ajouter foi, quand on n'en a pas été témoin. Mais le grand nombre d'élèves qui les constatent journellement, déposeraient au besoin en faveur de tout ce que nous rapporterons, et dont les comptes-rendus de M. le docteur Jules Pelletan ont déjà donné une idée sommaire.

Si je commence aujourd'hui cette revue clinique par les maladies du cœur, c'est qu'en effet ce sujet est l'un des moins familiers à un certain nombre de nos confrères; et il ne faut pas s'en étonner, puisque c'est depuis quatre ans seulement que de nouveaux faits nous ont permis d'apporter de nombreuses réformes dans l'histoire des maladies du cœur, étudiées sous le quadruple point de vue de leur étiologie, de leur séméiologie, de leur nature et de leur traitement. J'ai consigné ces progrès dans le *Traité clinique des maladies du cœur;* mais on lit assez peu les ouvrages de longue haleine, et, d'ailleurs, les journaux sont toujours les meilleurs moyen de propager les idées nouvelles.

Pour se livrer avec quelque succès à l'étude clinique des maladies du cœur, il faut préliminairement posséder une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie de cet organe. Or, cette matière n'avait jusqu'ici été qu'effleurée, et j'ai dû, pour mon propre compte, la refaire en partie, comme on pourra s'en convaincre en lisant les prolégomènes du *Traité clinique des maladies du cœur.* Il serait malheureusement trop long de consigner ici les résultats des longues et laborieuses recherches que nous avons faites sur ce sujet.

Les nouvelles doctrines que nous avons proposées sur l'histoire des maladies du cœur, portent, comme nous l'avons dit, sur les divers élémens dont cette histoire se compose, et quelques-unes de ces doctrines ont déjà trouvé de puissans contradicteurs. C'est ainsi qu'on nous accuse d'avoir exagéré la fréquence des inflammations du tissu séro-fibreux du cœur et de leurs suites chez les sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu (1); c'est ainsi qu'on nous reproche aussi d'avoir

(1) Un auteur, qui, jusqu'ici, dans ses ouvrages et dans ses leçons n'avait pas même entrevu la loi de coïncidence que nous avons le premier signalée, prétend, dit-on, maintenant avoir trouvé chez des sujets rhumatisans des péricardites que ses con-

donné au diagnostic des diverses maladies du cœur, soit aiguës, soit chroniques, un degré de précision qu'il ne comporte pas : c'est ainsi qu'on nie l'origine inflammatoire de quelques-unes des lésions *organiques* auxquelles nous avons assigné cette origine ; c'est ainsi qu'on révoque en doute ce que nous avons dit des avantages que nous retirons de l'emploi de la *formule* des saignées coup sur coup, dans le traitement de la péricardite et de l'endocardite, avantages tels que la mort n'est qu'une très-rare exception, tandis que, depuis l'illustre Corvisart, dans le cas de péricardite aiguë, c'est la guérison qui était considérée comme une très-rare exception, et la mort comme la règle. Chaque jour de nouveaux faits viennent cependant déposer à l'appui de nos assertions, et ce n'est que par leur puissante autorité que nous espérons convaincre nos lecteurs. Comme le diagnostic des maladies de cœur est en réalité la principale partie de leur étude, et que les signes physiques, qui constituent les élémens les plus certains de ce diagnostic, ne sont pas encore à la portée de tout le monde ; nous allons commencer par rapporter quelques faits propres à éclairer ce sujet.

ARTICLE PREMIER.

Sur le triple bruit du cœur et sur le bruit de soufflet, dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur, avec induration, déformation et par suite insuffisance de leurs valvules.

I. Aucun observateur n'avait jusqu'ici signalé les diverses lésions dont le rhythme des bruits du cœur est susceptible (1). M. Hope, auteur d'un ouvrage remarquable sur les maladies de cet organe, a nié positivement l'existence d'un *troisième* bruit du cœur. J'ai eu occasion de recueillir plusieurs observations de triple et quadruple bruit du cœur, et j'en ai rapporté quelques-unes dans le *Traité* que je viens de publier sur les maladies de cet organe. Je crois devoir consigner ici le passage suivant de l'ouvrage dont il s'agit, avant de présenter la nouvelle observation qui fait partie du présent article.

« Je n'ai, jusqu'ici, jamais rencontré le rhythme à trois ou quatre bruits que chez des individus atteints de rétrécissement de quelqu'un des orifices du cœur avec induration des valvules, accompagnée ordinairement des suites d'une ancienne péricardite. »

L'explication du triple et du quadruple bruit du cœur ne saurait encore être donnée d'une manière bien précise. Toutefois, s'il est vrai, comme nous l'avons établi ailleurs avec M. Rouanet, que le double bruit normal du cœur résulte du jeu des valvules pendant les mouvemens de systole et de diastole de cet organe, il s'ensuit que le triple et le quadruple bruit du cœur ne peuvent avoir lieu qu'autant que les mouvemens de cette pompe vivante sont eux-mêmes au nombre de trois ou quatre, au lieu de deux, comme à l'état normal. Or, c'est précisément ce qui arrive, comme on peut s'en convaincre en lisant les faits que j'ai cités dans le *Traité clinique des maladies du cœur*. On concevra, peut-être, pourquoi le cœur se contracte ou se dilate deux fois au lieu d'une dans un temps donné, si l'on réfléchit que dans le cas où l'un des orifices artériels est rétréci, le ventricule correspondant, ordinairement dilaté, ne peut plus se vider en une seule fois ; de même que dans le cas où l'un des orifices auriculo-ventriculaires est rétréci, le ventricule correspondant peut ne se remplir qu'incomplétement au moyen d'une seule diastole ; et de là, tantôt une double systole, tantôt une double diastole.

II. Au reste, quelque soit le rhythme du cœur dans les rétrécissemens des orifices produits par une lésion soit aiguë, soit chronique des valvules, constamment on reconnaît, quand on ausculte avec une attention suffisante, et qu'on est habitué à ce genre d'exploration, l'existence d'un bruit de frottement imitant le bruit de soufflet, de râpe ou de scie (1). Il n'est pas de jour où de nouveaux faits ne viennent confirmer cette vérité, qu'on peut ériger en loi ; et je ne reviens pas de ma surprise, quand je lis dans un observateur tel

---

frères de la ville avaient méconnues. Mais c'est un de ceux qui professent que la coïncidence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu a lieu bien moins souvent que nous ne l'avons dit.

L'autorité de ce praticien mériterait d'être prise en plus sérieuse considération, si ce n'était le même, qui, après avoir fait un ouvrage pour prouver que dans les *fièvres essentielles* de Pinel on ne trouvait assez souvent aucune lésion dans le tube digestif, vient d'en faire un autre pour prouver que cette lésion existe toujours, etc.

(1) Je n'ai pas besoin de dire que les anomalies dans le rhythme des bruits du cœur en supposent dans le rhythme des battemens de cet organe, car, ainsi que je l'ai dit ailleurs (*Traité clinique des maladies du cœur*, tome 1, page 191), le rhythme des bruits du cœur n'est et ne peut être autre chose que l'expression du rhythme des mouvemens du même organe. Les auteurs, et M. Laënnec entre autres, ont étudié les anomalies du rhythme des mouvemens du cœur et des pulsations artérielles. Toutefois, la matière n'était pas épuisée, et je me suis efforcé de la traiter avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Je n'ai pas d'ailleurs la prétention d'avoir levé toutes les difficultés dont ce point délicat d'observation est entouré, et j'invite les vrais observateurs à s'en occuper de leur côté. Des causes purement dynamiques peuvent déranger le rhythme des mouvemens du cœur ; mais il est des dérangemens qui ont leur point de départ dans des lésions observables de la structure du cœur, c'est-à-dire dans une modification des conditions physiques et mécaniques de cet organe ; et, comme nous croyons l'avoir démontré, ce sont surtout les lésions des valvules et des orifices auxquels elles sont adaptées, qui déterminent cette seconde espèce des anomalies du rhythme des mouvemens du cœur.

(1) On voit trop souvent des médecins ne pas reconnaître le bruit de scie ou de soufflet le plus prononcé, uniquement parce qu'ils ont négligé de faire l'*éducation médicale* de leur oreille.

que M. Piorry, que *sur deux cents femmes, dont un tiers étaient atteintes d'affections du cœur, parmi lesquelles les rétrécissemens et les ossifications des orifices de cet organe formaient environ la moitié,* IL N'A PAS TROUVÉ DANS CES DERNIERS CAS LES BRUITS DE SOUFFLET OU DE RAPE UNE FOIS SUR VINGT.

Dans les deux observations suivantes, on trouvera, je le répète, la confirmation de ce que nous avons déjà annoncé à cet égard depuis dix ans. Nous avons actuellement (septembre 1835) dans nos salles (Nos 14, 22 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, 5 et 6 de la salle Sainte-Madeleine) quatre malades dont nous pouvons dire la même chose, ainsi que de deux autres (8 et 12 salle Sainte-Madeleine) dont la sortie a eu lieu il n'y a que peu de temps.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Homme de 34 ans; triple bruit de soufflet dans la région précordiale, coïncidant avec une double pulsation des artères, suivie d'un long repos, pendant lequel a lieu le dernier des bruits de soufflet du cœur. — Mort rapide, à la suite d'une fièvre violente produite par un excès de régime. — Induration, insuffisance des valvules aortiques, avec commencement de rétrécissement de l'orifice du même nom; hypertrophie énorme du cœur; rougeur intense de la membrane interne du cœur et des vaisseaux, etc.

III. Un corroyeur, âgé de 34 ans, d'une forte constitution, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, était malade depuis quatre mois environ, quand il fut admis à la clinique, le 19 juin 1835 (n° 2, salle Saint-Jean-de-Dieu). Il était sorti depuis trois ou quatre jours seulement de la salle Saint-Louis du même hôpital, après un séjour de trois semaines environ. Cet homme dit que sa maladie a commencé il y a quatre mois, époque à laquelle, étant sans ouvrage, il fit de nombreux excès de régime, *on ribotta beaucoup,* pour parler son propre langage. Du reste, il ne sait à quelle cause précise attribuer les *palpitations* et les *étouffemens* qu'il éprouva pour la première fois à l'époque indiquée (1). Ces étouffemens n'étaient bien prononcés que pendant la marche sur un plan ascendant, les efforts, etc. Plus tard survinrent des étourdissemens, des éblouissemens, mais point d'infiltration des membres, ni d'ascite. Le malade fut saigné trois fois avant d'être placé à l'hôpital (salle Saint-Louis), et deux fois à l'hôpital.

Au moment de son admission dans notre service, à la visite du 20 juin, nous observâmes l'état suivant :

Visage pâle, peau généralement décolorée, membres non infiltrés, point d'épanchement séreux dans l'abdomen; les veines extérieures ne sont pas dilatées, à l'exception des jugulaires; le malade éprouve une assez forte dyspnée, il dit que de temps en temps il est obligé de rester assis dans son lit pour respirer (36 inspirations par minute).

Le pouls est vibrant, bien détaché, dur, mais d'un volume qui est sensiblement un peu au-dessous de ce qu'aurait pu faire présumer la forte constitution du sujet, jointe à une hypertrophie considérable du cœur; toutes les artères superficielles battent avec force; et le bruit qui accompagne leurs pulsations est manifestement plus fort qu'à l'état normal (il se transforme en bruit de soufflet très-fort à la plus légère pression). Le pouls offre un rhythme particulier, qui consiste en ce que deux pulsations se succèdent régulièrement coup sur coup, presque sans intervalle; ces deux pulsations sont suivies d'un long repos, en sorte que le pouls *paraît* intermittent, c'est-à-dire qu'entre la seconde des deux pulsations indiquées et la pulsation suivante, il y a un intervalle trois ou quatre fois plus considérable qu'entre cette même seconde pulsation et celle qui l'avait précédée; le pouls est d'ailleurs à 80 par minute (point de *bruit de diable* dans les artères).

La région précordiale offre trois pouces trois lignes de matité transversalement, et trois pouces six lignes verticalement (elle ne présente pas de voussure notable); elle n'est point douloureuse, même à la percussion; dans toute cette région, la main sent des battemens forts, dont le choc ébranle le creux de l'estomac lui-même; le rhythme de ces battemens est, comme on le pense bien, le même que celui du pouls; il existe un frémissement vibratoire ou *cataire*, dont le maximum d'intensité se rencontre au niveau des orifices gauches, et qu'on ne perçoit pas distinctement dans la région des cavités droites. Le double claquement valvulaire est remplacé par un bruit de scie ou de soufflet dont le maximum d'intensité occupe aussi la région correspondante aux orifices gauches; là, il couvre et absorbe complétement tout bruit de claquement; mais en s'éloignant de la région indiquée, on distingue peu à peu un bruit de claquement qui se mêle en quelque sorte au bruit de soufflet, et dans la région sous-clavieulaire droite surtout, on constate bien distinctement le claquement ci-dessus signalé. Quant au bruit de soufflet ou de scie, l'oreille fait sentir qu'il est circonscrit, qu'il se passe dans un tuyau, tandis que chez un autre sujet, couché au n° 7 de la même salle, il existe un bruit de soufflet diffus, superficiel, qui paraît se passer dans la cavité du péricarde, dont les surfaces opposées glisseraient difficilement l'une contre l'autre.

Les fonctions digestives n'offrent aucun trouble important; il en est de même des fonctions intellectuelles.

La percussion et l'auscultation de la poitrine dans les points correspondans aux organes de la respiration ne fournissent aucun signe de quelques lésion grave (on

(1) Comme les maladies dites *organiques* du cœur ont très-souvent leur point de départ dans une *péricardite* ou une *endocardite* méconnues, et qui accompagnent fréquemment les *fluxions* de poitrine et les *rhumatismes articulaires aigus*, on demanda au malade s'il avait autrefois éprouvé quelque atteinte de ces dernières affections : il répondit par la négative. Cependant, les adhérences qui furent trouvées à l'ouverture du corps, dans le côté gauche de la poitrine, prouvent qu'il avait effectivement essuyé autrefois une pleurésie ou une pleuro-pneumonie fort étendue.

trouve seulement en arrière quelques bulles de râle muqueux fin ou sous-crépitant).

Les jours suivans, les bruits du cœur ayant été explorés à chaque visite, avec le plus grand soin, il nous fut aisé de constater qu'au lieu du double bruit de soufflet indiqué plus haut, il en existait réellement un triple, ensorte que nous avions sous les yeux un nouvel exemple du rhythme que j'ai comparé à celui si connu du battement de rappel (voyez le *Traité clinique des maladies du cœur*). Or, cette nouvelle circonstance nous prouvait que le ventricule se contractait à deux reprises pour se vider, de là les deux premiers bruits isochrones à la double pulsation artérielle, tandis que le troisième était isochrone à la diastole, pendant laquelle une certaine quantité de sang refluait probablement à travers l'orifice aortique, dont les valvules étaient devenues insuffisantes.

Diagnostic. *Hypertrophie générale du cœur; induration des valvules à gauche, sans rétrécissement très-considérable des orifices. Toutefois, les deux contractions du cœur qui se succèdent coup sur coup, nous font annoncer, comme il a été déjà noté plus haut, que le ventricule gauche ne peut se vider en une seule fois à travers l'orifice aortique.*

Prescription. *Vésicat. reg. précord., saupoudré de digit. gr. vij; pot. gomm. digit. gr. viij.; org. chiend. sirop de gomme; un huitième d'alimens.* (Une saignée de trois palettes avait été pratiquée la veille au moment de l'entrée).

21 et 22 juin. Peu de changement, si ce n'est que le malade accuse une légère diarrhée, et une douleur vers la partie postérieure du côté gauche de la poitrine, où la résonnance et la respiration sont néanmoins normales.

23 et 24. Les pulsations artérielles sont fortes, vibrantes, soulèvent la peau; on entend distinctement les trois bruits du cœur, accompagnés de souffle; deux de ces bruits appartiennent à une contraction redoublée du ventricule gauche (contraction redoublée pendant laquelle la colonne sanguine frotte contre les valvules aortiques indurées et rugueuses), et le troisième coïncide avec la dilatation simple ou la diastole du même ventricule.

Jusqu'au 7 juillet même état. Le pouls est resté à 84 pulsations, terme moyen.

7 au soir. Frisson, fièvre avec pouls fort, tendu, plus vibrant que jamais, à 116 (1); peau brûlante, visage animé, langue rouge, sèche, soif ardente, un peu de douleur à la gorge, sans gonflement des amygdales, (une saignée de 3 palettes et demie).

8. La fièvre continuait avec une extrême violence; la langue était toujours sèche, rouge, rugueuse, fendillée; la soif ardente, la peau d'une chaleur des plus vives. Nous pensâmes que le malade avait commis quelque imprudence de régime, malgré le dévoiement qui nous avait obligé de diminuer encore la petite quantité d'alimens permis à l'entrée. Le malade nous soutint qu'il n'avait commis aucun excès de ce genre, et cependant nous ne tardâmes pas à savoir par un témoin oculaire que ce malheureux *avait mangé un poulet tout entier qui lui avait été apporté par un de ses amis.*

(*Saignée de 4 palettes. Le caillot se couvre d'une couenne mince; il est mou, presque diffluent*).

9 et 10. Point d'amélioration; il survient des vomissemens. Le bruit de souffle du cœur, actuellement double, est plus fort que jamais; la force et la vibrance des pulsations artérielles sont extrêmes: les artères crurales, par exemples, repoussent le doigt à la manière d'une corde tendue qui se redresserait avec énergie; le bruit qui accompagnait leurs pulsations était si fort, que je fus curieux de savoir si on ne l'entendrait pas à distance: or, on l'entendait en effet très-distinctement en éloignant l'oreille d'un à deux pouces; il en était de même du bruit des artères carotides.

Le malade dit ressentir une douleur à la partie interne de la jambe droite; et la veine saphène nous paraît un peu plus dure et plus tendue que celle du membre opposé.

Dans la soirée du 10, l'agitation augmente, le pouls bat 140 fois par minutes, le visage se décompose, et la mort arrive à 8 heures et demie.

Autopsie cadavérique, 13 heures seulement après la mort. (La journée de la veille a été pluvieuse et plutôt froide que chaude).

1° *Habitude extérieure.* Transsudation sanguine suivant le trajet des veines et de leurs ramifications, effet d'une décomposition putride commençante, malgré le peu de temps qui s'est écoulé depuis la mort.

2° *Appareil circulatoire et respiratoire.* Après avoir mis le péricarde à nu, on a constaté par la mensuration que la portion du cœur non recouverte par les poumons avait exactement les mêmes dimensions que la région dans laquelle la percussion avait fourni un son mat (3 p. 6 l. verticalement et 3 p. 3 l. transversalement). Le péricarde contenait environ un demi-verre de sérosité rougeâtre. Distendu par d'abondantes concrétions sanguines, les unes récentes et noirâtres les autres plus anciennes et blanchâtres, le cœur était vraiment énorme.

Débarrassé de ces concrétions, le cœur présente encore un volume d'un bon tiers plus considérable qu'à l'état normal.

Il pèse 550 grammes (une livre et près de deux onces).

La cavité du ventricule droit est d'un tiers plus large qu'à l'état normal; les parois de ce ventricule, malgré la dilatation, sont plus épaisses qu'à l'état sain, (elles ont 3 l. et demie à 4 l. d'épaisseur). La cavité du ventricule gauche, considérablement dilatée, contiendrait un œuf d'oie. Malgré cette énorme dilatation, les parois

(1) L'augmentation de la fréquence du pouls a fait cesser l'espèce d'intermittence signalée précédemment, c'est-à-dire qu'un intervalle égal existe maintenant entre toutes les pulsations des artères comme entre toutes les contractions du ventricule gauche.

ont au moins leur épaisseur ordinaire (7 à 8 l.) La grandeur de ce ventricule contraste avec le calibre de l'orifice aortique : celui-ci n'a que trois pouces de circonférence, tandis que, dans sa partie la plus large, la cavité du ventricule gauche a six pouces de circonférence. L'orifice de l'artère pulmonaire a, comme celui de l'aorte, 3 pouces de circonférence. La circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est de 4 pouces 3 l.; celle de l'orifice auriculo-ventriculaire droit est de 4 pouces 10 l.

Les valvules aortiques ont sensiblement moins de hauteur qu'à l'état normal (elles n'ont que de 4 à 5 l.). Elles sont inégales, rugueuses, un peu ratatinées, épaissies, surtout à leur bord libre (mises à côté des valvules l'artère pulmonaire, qui sont saines, elles sont trois fois environ plus épaisses qu'elles.) Leur tissu est fibro-cartilagineux, mais elles ne sont pas d'ailleurs très-notablement déformées. Elles nous ont paru un peu insuffisantes, c'est-à-dire, incapables de fermer hermétiquement l'orifice. La valvule bicuspide est forte, hypertrophiée, surtout à son bord libre; ses deux colonnes musculaires sont très-robustes. La valvule tricuspide est à peu près à l'état normal pour la forme et l'épaisseur. Les deux oreillettes sont dilatées.

La membrane interne du cœur, dans toute son étendue, est rouge, comme imbibée de sang, et cette coloration offre son maximum d'intensité sur les valvules, où elle est noire et livide plutôt que rouge. Cette coloration et cette imbibition existent également dans l'aorte, l'artère pulmonaire et les veines caves. La même coloration existe dans les veines des membres inférieurs, que j'ai disséquées dans toute leur longueur. Le sang qu'on trouve dans les vaisseaux est liquide, brunâtre, comme dans un état de *dissolution* ou de décomposition commençante. Les parois vasculaires ne sont pas sensiblement épaissies : point d'injection à l'extérieur des vaisseaux.

Le poumon gauche est uni de toutes parts avec la plèvre costale et diaphragmatique par des adhérences anciennes, fibro-cellulaires, difficiles à rompre. Son tissu est un peu mollasse, friable, engoué à sa partie postérieure; il en est de même de celui du poumon droit, lequel est d'ailleurs libre de toute adhérence.

3° *Appareil digestif et annexes.* Le volume de l'estomac est très-considérable; cet organe contient des gaz et un liquide mêlé de bile verdâtre. Sa membrane muqueuse, tapissée par une couche épaisse de mucosités, est généralement injectée, mais principalement dans la région splénique où elle est amincie et ramollie. (On y sent une odeur acide très-prononcée, et le liquide en contact avec cette région de l'estomac rougit le papier bleu de tournesol.) Ailleurs, la membrane muqueuse est aussi molle, mais plutôt épaissie et boursoufflée qu'amincie. (En quelques points même, il semble qu'il existe un commencement d'état emphysémateux par décomposition cadavérique.)

Un assez bon nombre de follicules isolés, plus développés qu'à l'état normal, se rencontrent dans les dernières anses de l'iléon et dans le gros intestin. Point d'ulcérations dans ces organes, dont la membrane muqueuse, injectée en différens points, ne paraît pas aussi altérée que celle de l'estomac; elle n'est pas le siége d'imbibition ni de ramollissement *cadavérique.*

Le foie est très-volumineux; son tissu est mou, friable, abreuvé d'un sang liquide, comme *dissous*, ainsi que cela se remarque dans la décomposition naissante.

La vésicule est distendue par un liquide clair, plus semblable à de la sérosité d'un jaune-verdâtre qu'à une véritable bile. Les parois de la vésicule, très-épaisses, sont infiltrées et comme demi-transparentes, malgré leur augmentation d'épaisseur.

La rate a doublé de volume, et son tissu, de couleur lie de vin, se déchire plus facilement qu'à l'état normal (1).

SECONDE OBSERVATION.

Rétrécissement de l'orifice aortique par suite de l'induration crétacée des valvules sygmoïdes de l'aorte (insuffisance de ces soupapes). — Hypertrophie générale du cœur.

IV. Un maçon, âgé de 68 ans, était malade depuis 5 à 6 ans, lorsqu'il fut admis à la clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 24), le 10 juillet 1835. Des palpitations, de la dyspnée, surtout en montant, de l'enflure aux jambes, tels étaient les symptômes qu'avait éprouvés le malade (2).

Voici ce que l'on observait au moment de l'entrée : Visage pâle et livide, gonflement des veines sous-cutanées, sans pouls veineux, œdème des membres inférieurs (point d'ascite notable), peau froide.

La région précordiale présente une voussure très-prononcée; elle rend un son mat dans une étendue de 4 pouces 6 lignes transversalement et de 4 pouces 2 lignes verticalement. La main, appliquée sur cette région, sent un léger frémissement vibratoire et des battemens du cœur durs, occupant un espace presque double de l'état normal. On entend un double bruit de soufflet très-fort, imitant assez bien le bruit produit par la vapeur chassée par un coup de piston. Pouls

---

(1) A quoi tient la décomposition rapide chez le sujet précédent? Cette décomposition anticipée était-elle l'unique cause de la rougeur par imbibition de la membrane interne du système vasculaire? L'énorme mouvement fébrile que l'on observa dans les derniers jours était-il indépendant de tout état inflammatoire du système sanguin? En supposant, au contraire, qu'il existât bien réellement une inflammation *grave*, *maligne*, de ce système, ne trouverions-nous pas dans cette maladie et dans l'altération du sang qui en est la suite nécessaire, la principale cause des accidens auxquels l'individu a succombé, de la prompte décomposition du cadavre etc., etc.?

(2) Cet homme, à ce qu'il paraît, n'avait point été atteint précédemment de rhumatisme articulaire aigu; mais on verra qu'il avait éprouvé une ou plusieurs inflammations de la plèvre et du péricarde.

peu développé, étroit, intermittent, à 56 pulsations par minute.

Oppression, crachats sales, d'un rouge brique ou fleurs de pêcher. Bonne résonnance à la partie antérieure de la poitrine, où l'on entend, à gauche, un râle sibilant ; en arrière, la résonnance est assez bonne à droite et faible à gauche, surtout à la base ; râle muqueux à droite ; et à gauche, râle sec, craquemens.

Diagnostic. *Induration et épaississement des valvules avec rétrécissement d'un orifice ; hypertrophie générale du cœur*, etc.

Prescription. *Looch avec poudre de digit. ; vésicat. rég. précord. ; viol. guim. édule.*

Les jours suivans, on ne remarque aucun changement notable dans les symptômes ci-dessus exposés (le bruit de souffle ou de vapeur persiste), si ce n'est le ralentissement du pouls (il tombe à 44.)

La mort arrive le 22, à 6 heures et demie du soir.

Autopsie cadavérique, 15 heures après la mort.

1° La portion du cœur non recouverte par les poumons offre les dimensions qui ont été indiquées par la percussion.

A la partie antérieure du ventricule droit, on aperçoit une plaque fibreuse, blanche, ayant la forme d'un cœur de carte à jouer et une étendue considérable ; une plaque moins large existe aussi sur le ventricule gauche. La cavité du péricarde contient à peine une cuillerée de sérosité.

Le cœur est gorgé de sang et d'un grand tiers plus volumineux qu'à l'état normal : il pèse 375 grammes.

En introduisant le doigt dans l'aorte, on reconnaît un rétrécissement considérable de l'orifice de cette artère. Si l'on verse de l'eau dans la cavité de cette même artère, les valvules en laissent passer une petite quantité dans le ventricule gauche. Ces valvules sont épaissies, dures, rigides et transformées en matière calcaire, crétacée, ou fibro-cartilagineuse ; plusieurs des incrustations calcaires forment des saillies et des inégalités sur les deux faces et le bord libre des valvules, ce qui a dû augmenter singulièrement le frottement de la colonne sanguine pendant son passage à travers l'orifice rétréci.

La cavité du ventricule gauche est plutôt un peu diminuée qu'augmentée (elle contiendrait environ un œuf de poulette). les parois de ce ventricule ont de 8 à 9 l. d'épaisseur. Les deux colonnes destinées aux mouvemens de la valvule bicuspide sont sensiblement hypertrophiées. Leur extrémité valvulaire et les tendons qui en partent, participent à une altération cartilagineuse ou crétacée qu'on remarque sur la valvule mitrale ; celle-ci, hérissée de concrétions à surface inégale, rugueuse, est encore capable de mouvemens d'abaissement et d'élévation ; l'orifice correspondant laissait un assez libre passage au sang. Le tissu de la valvule crie sous le scalpel qui la divise.

A partir de ses valvules, l'aorte n'offrait aucune altération notable.

Le ventricule droit, un peu dilaté, avait des parois de 3 à 4 l. d'épaisseur.

Les deux oreillettes étaient distendues, et cependant leurs parois étaient un peu plus épaisses qu'à l'état normal.

Rien de notable aux valvules et aux orifices du côté droit du cœur.

2° Des adhérences anciennes, cellulo-fibreuses existent dans les deux côtés de la poitrine. Le poumon gauche est le siége d'un œdème considérable, et des granulations sont éparses dans les divers points de son lobe supérieur.

3° Le foie, ridé, comme ratatiné, est moins volumineux qu'à l'état normal. Son tissu, gorgé d'une assez grande quantité de sang, est d'un rouge brun-foncé

Rien d'important à noter dans les autres organes.

Réflexions.

V. dans ces deux observations, le rétrécissement des orifices du cœur a coïncidé avec un bruit de frottement, qui a présenté des différences en rapport avec celles qui existaient dans les conditions physiques des orifices altérés. Mais d'où vient que, dans les deux cas, on n'a pas constaté un triple bruit du cœur? C'est là un problème dont il n'est pas permis, peut être, de donner une solution pleinement satisfaisante.

Nous ferons simplement remarquer que dans le dernier cas, le ventricule gauche étant plutôt rétréci que dilaté, la colonne de sang qu'il devait chasser pendant la systole a pu s'échapper en un seul coup par l'orifice aortique ; tandis que, dans le premier cas, il existait une telle disproportion entre la capacité du ventricule gauche et le calibre de l'orifice aortique, que celui-ci ne pouvait en une seule fois donner issue au sang contenu dans la cavité ventriculaire.

On sait, au reste, qu'il est une foule de maladies, dans lesquelles on n'observe certains phénomènes que d'une manière exceptionnelle, tandis que d'autres se rencontrent constamment. Il n'est pas donné à notre esprit d'expliquer toujours, *quant à présent*, les innombrables accidens que l'on trouve à chaque pas dans la carrière de l'observation médicale. Le temps, est, d'ailleurs, un grand maître ; et ce qui nous paraît une *anomalie* aujourd'hui, sera peut-être demain une *loi des plus simples.*

N° 43. — 24 Octobre.

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Rapport trimestriel à M. le médecin en chef ; par le Dr Casimir Broussais, médecin ordinaire, professeur adjoint.

(Juillet, août, septembre 1835.)

Communiqué par M. le prof. Broussais, médecin en chef.

BALANCE.

Restant le 1er juillet.	83
Entrés dans le trimestre.	482
Total.	565

Sortis.	447
Morts.	23
Restant le 30 septembre.	95
Total.	565

MORTALITÉ.

(1 sur 24 1/2 (13/23e.)

NATURE DES MALADIES DES ENTRANS.

Adénite (bubon)	1
Angines	32
Aortite abdominale	1
Arthrite	1
Bronchites aiguës	9
— chroniques	6
Céphalalgies	7
Chancres	2
Colites	16
Congestions cérébrales	4
— pulmonaire	1
Convalecences	18
Coryza	1
Courbatures	7
Cystite	1
Dartres (eczéma)	3
Douleurs	4
Duodénites avec ictère	9
Effort	1
Encéphalite	1
Érysipèles	5
Fatigues	22
Fièvres intermittentes	47
Fluxion gengivale	1
Gastro-entérites aiguës	40
— chroniques	3
Gastro-entéro-colites	40
Gastro-céphalites	6
Gastro-bronchites	10
Gastro-pneumonies	10
Hémoptysie	1
Hypertrophies du cœur	8
Irritations gastriques	52
— gastro-bronchiques	7
Lumbagos	2
Névralgie	1
Ophthalmies	3
Orchites	2
Otite	1
Pemphigus	1
Péritonite aiguë	1
Pléthore	1
Pleurites aiguës	8
Pleurodynies	7
Pneumonies aiguës	4
— chroniques	3
Rhumatisme musculaire	1
Rougeoles	10
Scarlatines	8
Sciatique	1
A reporter	431

Report	431
Stomatites	3
Syphilis ancienne	1
Uréthrites	6
Urticaire	1
Varioles	5
Total.	447
Indéterminées	35
Total.	482

Tout le mois de juillet a été extrêmement chaud ; on a vu le thermomètre s'élever à 22° Réaumur à l'ombre, et à 27 au soleil dans les rues ; sec d'abord, il est devenu orageux vers le dernier tiers.

La chaleur s'est continuée le mois d'août, un peu moins forte cependant et mêlée de plus d'orages et d'un peu de pluie vers la fin ; après le 20, les matinées et les soirées ont commencé à devenir fraîches, tandis que le jour il faisait encore assez chaud.

Mais dès le mois de septembre le temps a bien changé : il est devenu extrêmement variable ; la sécheresse du mois précédent et surtout de juillet a été remplacée par des pluies presque continuelles. Les vents ont soufflé de différens points ; le ciel a été tantôt clair, tantôt chargé et sombre, et le froid s'est fait assez vivement sentir le matin et le soir à partir du 25. Le 24 il y avait eu un violent orage. Cependant les deux ou trois derniers jours le temps est devenu plus stable, plus beau, moins pluvieux, mais plus froid, excepté au soleil et à l'abri où l'on éprouve encore une bonne chaleur.

Il y a eu 10 morts en juillet, 7 en août et 6 en septembre. Le nombre des maladies a été plus grand ce trimestre que le précédent, puisqu'au lieu de 336 entrans, il y en a eu 482 ; j'ai souvent eu dans mes salles de 110 à 120 malades, et un grand nombre d'affections graves se sont montrées.

Le trimestre précédent (avril, mai, juin), en réunissant d'un côté toutes les affections des organes digestifs, d'un autre toutes celles des organes respiratoires, et d'un autre enfin toutes les affections compliquées, dès le début, des deux appareils à la fois, nous avions 105 des premières, 44 des secondes et 27 des troisièmes. Ce trimestre, les phlegmasies de l'appareil respiratoire ont diminué, tandis que celles de l'appareil digestif ont beaucoup augmenté, de sorte que nous comptons 157 de celles-ci contre 40 seulement des premières ; les affections compliquées sont restées à peu près au même nombre, 27 au lieu de 26. Ainsi :

	2e TRIMEST.	3e TRIMEST.
1° Affections simples des organes digestifs.	105	167
2° — — — respiratoires.	44	40
3° — compliquées des deux appareils.	26	27

De ces rapports de nombres il résulte : 1° que dans le 3e comme dans le 2e trimestre, les maladies de l'ap-

pareil digestif (1) sont plus nombreuses que celles de l'appareil respiratoire; 2° que ces dernières diminuent dans les grandes chaleurs.

Phlegmasies de l'appareil digestif. — Elles se composent de 52 irritations gastriques, 9 duodénites avec ictère, 16 colites, 40 gastro-entérites aiguës, 40 gastro-entero-colites id., 6 gastro-céphalites id., 3 gastro-entérites chroniques et 1 péritonite aiguë. Total 167.

Je désigne par *irritations gastriques* (32) les phlegmasies légères, soit de l'estomac, soit des intestins, que l'on appelait jadis embarras gastriques et intestinaux, fièvres inflammatoires éphémères, voire même les fièvres typhoïdes légères de quelques-uns de nos modernes. Elles ont toutes cédé promptement, soit au simple régime, aidé de boissons rafraîchissantes, soit à l'application d'un petit nombre de sangsues à l'épigastre. Il n'est donc pas vrai, pour la centième, pour la millième fois, que ces maladies réclament nécessairement des évacuans, bien que dans quelques cas ils puissent réussir, et l'on ne saurait, sans mauvaise foi, mettre en doute l'efficacité des anti-phlogistiques.

Les *irritations gastro-bronchiques* (7) n'ont pas demandé un autre traitement.

Quant aux *gastro-entérites* (40), *gastro-entéro-colites* (40), et *gastro-céphalites* (6), elles représentent les fièvres bilieuses, muqueuses, inflammatoires, ataxiques, adynamiques, typhoïdes des auteurs; elles ont toutes présenté plus ou moins de gravité, et un certain nombre se sont prolongées, revêtant la forme putride ou adynamique; d'ailleurs la complication, dès le début de la colite, a été amenée après les fortes chaleurs, dans les mois d'août et surtout de septembre, par les premières variations de température accompagnées de pluies; aussi, sur 16 *colites* que nous comptons, s'en est-il montré 2 en juillet, 6 en août et 8 en septembre. Sous ce nom, nous comprenons les diarrhées par cause irritative et les dysenteries, quelques-unes étaient avec fièvre. Si nous joignons à ces 102 maladies les 10 *gastro-bronchites* et les 10 *gastro-pneumonies*, nous avons 122 maladies aiguës plus ou moins graves, toutes fébriles, toutes pouvant compromettre la vie, sur lesquelles 12 ont été mortelles, c'est-à-dire 1 sur 10 1/6°. Mais quatre seulement n'offrirent pas à l'autopsie de complication pulmonaire; il s'en était formé chez les 8 autres malades qui succombèrent, et beaucoup d'entre ceux qui guérirent n'en avaient pas offert au commencement, mais en présentèrent dans le cours de l'affection. Le traitement, dans tous ces cas, fut essentiellement antiphlogistique: les saignées générales et les saignées locales par les sangsues et les ventouses, les cataplasmes, les fomentations, les lavemens émolliens, souvent froids, quelquefois légèrement chlorurés; les boissons adoucissantes, acidulées, gommeuses, tels furent les moyens mis en usage. Dans les cas de complication cérébrale grave, outre les sangsues à la tête et la glace sur le front, quelquefois on eut recours aux vésicatoires sur les extrémités inférieures; ils furent aussi quelquefois dirigés contre les phlegmasies pulmonaires persistantes après les évacuations sanguines, autrement jamais contre l'affection gastro-intestinale même. Deux ou trois fois le sulfate de quinine, à la dose d'un ou deux grains dans une potion, fut donné momentanément dans la forme typhoïde, alors que le pouls tombait et devenait misérable, en même temps que la langue pâlissait et que la chaleur de la peau avait disparu, et il a semblé alors faire du bien, mais il n'a jamais été long-temps continué.

J'ai eu l'occasion de donner trois fois l'émétique à la dose de 6, 8, 10, 12 grains, pour des pneumonies violentes venant compliquer des gastro-entérites typhoïdes déjà avancées, dans un commencement des convalescence, au milieu de la faiblesse la plus grande. L'un de ces malades existe encore, mais son état laisse peu à espérer; j'en parlerai dans mon prochain rapport. Un autre a succombé et un troisième (salle 21, lit 42) a parfaitement guéri, bien qu'il fût alors, pour ainsi dire, dévoué à la mort, plongé dans la stupeur la plus profonde, et que le râle crépitant fût très-marqué; il n'était plus possible de pratiquer de saignée locale ni générale, l'émétique, sous l'influence duquel la langue ne s'est pas séchée, a véritablement sauvé le malade, qui d'ailleurs avait subi d'abondantes évacuations sanguines.

Un autre cas non moins remarquable est celui du n° 38, lit 7, nommé Jobic, qui nous a présenté une crépitation qui a duré plus de trois semaines et qui a fini par céder presque entièrement. Les saignées, les ventouses, les sangsues, les vésicatoires et la potion stibiée continuée pendant une quinzaine de jours ont arrêté une pneumonie profonde sans ramener la gastro-entérite. Jobic était d'ailleurs un mangeur que nous avons plusieurs fois convaincu de ses nombreuses fautes de régime, et qui ne doit son salut qu'à sa réclusion, pendant plusieurs jours, dans une salle consignée.

Tous ceux qui ont succombé nous ont offert des traces évidentes des phlegmasies diagnostiquées pendant la vie, et nous ne concevons pas les médecins qui jadis ne trouvaient pas d'altérations, et qui maintenant, forcés de les reconnaître, prétendent qu'elles ne rendent compte ni de la marche de la maladie, ni de sa fâcheuse terminaison.

Une autre fois nous chercherons à mettre en rapport ces lésions viscérales avec les symptômes. Quant aux colites dysentériques ou autres, *pas une seule* n'a résisté soit au régime féculent et aux lavemens opiacés, soit à une application de 6, 8, 10, 15 sangsues à l'anus.

Un traitement non moins infaillible que celui-là, c'est celui des *ictères* par quelques sangsues ou ventouses à la région gastro-duodénale; je défie quelque médecin que ce soit de guérir ces maladies aussi sûrement et aussi promptement par quelque autre traitement

(1) Et encore je ne comprends pas parmi celles-ci les fièvres intermittentes, qui certainement ont plus de connexion avec elles qu'avec d'autres.

que ce soit. Les 9 *duodénites* avec ictère qui se sont présentées, ont été enlevées en 6 à 8 ou 10 jours au plus. La masse d'observations que j'ai recueillies sur ce sujet, et que je publierai dans l'édition que je prépare de mon *Traité de la duodénite*, portera, je l'espère, la conviction dans l'esprit des plus incrédules.

Phlegmasies de l'appareil respiratoire. Elles comprennent 9 bronchites aiguës, 6 chroniques, 1 congestion pulmonaire, 1 coryza, 1 hémoptysie, 8 pleurésies aiguës et 3 pneumonies chroniques. Total 40. Aucune des phlegmasies aiguës ci-dessus désignées n'est devenue mortelle; nous nous garderons donc bien de renoncer au traitement antiphlogistique qui nous a donné un tel résultat.

Les 8 *pleurésies* et les 2 *pneumonies* étaient cependant graves; mais des saignées répétées et des applications de sangsues et de ventouses, suivies, dans les cas de pleurésie, de vésicatoires sur le côté, ont enlevé la maladie avec sûreté et promptitude. Quant aux pneumonies dont nous avons parlé à l'occasion des gastro-entérites et dont 8 ont été mortelles, elles n'étaient point primitives et étaient venues seulement compliquer l'affection gastro-intestinale déjà formidable. J'avoue que, parmi les maladies aiguës, ce sont ces complications de pneumonies véritables pendant le cours des gastro-entérites graves que je redoute le plus; ce sont aussi celles qui fournissent le plus de mortalité. Je persiste cependant à croire que le traitement antiphlogistique est celui qui convient le mieux. Il est probable que, lorsqu'il échoue, c'est qu'il est appliqué trop tard ou après des stimulations inopportunes. Nous avons eu quelques preuves de ce que nous avançons ici. D'autres imprudences amènent encore de semblables résultats; ainsi, malgré la surveillance de l'administration, il se fait un commerce clandestin d'alimens extrêmement nuisibles aux malades, et chaque fois que nous fouillons entre les matelas de ceux dont la maladie persiste avec une ténacité d'ailleurs inexplicable, nous trouvons de gros morceaux de pain cachés. Il ne se passe guère de semaine que nous ne fassions trois ou quatre de ces découvertes, souvent c'est sous l'oreiller d'un agonisant que l'on rencontre ces témoignages d'imprudences mortelles.

Quant aux *pneumonies chroniques*, elles comprennent les phthisies pulmonaires, et, bien qu'il n'y en ait que trois parmi les entrans, quatre furent mortelles; mais de ces quatre, trois appartenaient aux malades du trimestre précédent.

Parcourons maintenant notre liste alphabétique des maladies.

Les *angines* ont été nombreuses; 13 en juillet, 9 en août et 10 en septembre, mais aucune ne nous a donné d'inquiétude. Il s'est formé plusieurs fois dans les amygdales des abcès qui se sont ouverts spontanément. Les gargarismes fortement chargés d'alun, et l'alun en poudre porté sur les amygdales nous ont été fort utiles pour réduire le volume de ces glandes.

L'*aortite abdominale* est caractérisée par une tumeur qui existe un peu à gauche et au-dessus de l'ombilic, où les battemens atériels sont extrêmement forts et les impulsions violentes, tandis que le pouls et le cœur sont très-calmes et n'ont ni dureté, ni force.

L'*arthrite* dont il s'agit est un accès de goutte dans lequel les sangsues et la teinture de colchique ont soulagé le malade.

Je n'ai rien à dire des *céphalalgies* ni des *chancres*; quant aux *congestions cérébrales*, elles demandent un mot d'explication. J'entends, par cette dénomination, une irritation qui porte le sang à la tête avec plus ou moins de force, plus fortement que dans la simple céphalalgie ci-dessus désignée, et moins que dans l'encéphalite ou l'apoplexie. Il en est de même de toutes les autres congestions sur tous les autres organes, elles expriment toujours l'intermédiaire entre l'irritation simple et l'inflammation proprement dite, et indiquent un afflux de sang assez prononcé. Toute autre signification me semble arbitraire. Nos 4 congestions cérébrales ont cédé aux antiphlogistiques.

Nous passons sous silence les 18 *convalescences*, le *coryza* et les 7 *courbatures* pour arriver à la *cystite*. Nous allons rapporter cette observation en entier, parce que l'efficacité du médicament employé pour la guérir est véritablement remarquable. L'idée nous en a été d'ailleurs suggérée à la clinique de M. Broussais, qui en fit usage sous nos yeux avec succès.

Cystite (*catarrhe vésical*). — Observation recueillie par M.***, chirurgien sous-aide. — Le nommé Cordier, garde-municipal, couché au n° 10 de la salle 4, est entré à l'hôpital le 23 juin, atteint de *gastro-entérite* et de *fièvre intermittente*. La première de ces affections guérit par quelques sangsues à l'épigastre, et les accès ne revinrent pas. Durant le traitement, un abcès volumineux survint à la marge de l'anus et donna lieu à un décollement qui fut excisé. Le malade déclara alors pour la première fois qu'il avait les urines troubles; on les examina, et en les transvasant, on aperçut, au fond du vase de nuit, environ deux cuillerées de matière purulente. Les boissons diurétiques, les bains de siége ou entiers étaient totalement inefficaces; lorsqu'enfin le 4 juillet, M. C. Broussais ordonna au malade une *potion gommeuse avec addition d'une goutte de teinture de cantharides*. Le lendemain la quantité de matière purulente et sédimenteuse a déjà diminué. La potion est continuée, et en huit jours, les urines sont parfaitement limpides; jusqu'au 10 juillet la potion fut donnée à une goutte de teinture; du 12 au 17 elle fut portée à deux gouttes; depuis le 17 elle est suspendue, et jusqu'aujourd'hui 20 juillet la guérison se maintient. Le malade est sorti guéri.

En janvier 1835, il y avait eu un autre cas de catarrhe vésical beaucoup plus grave, très-ancien, et qui fut parfaitement guéri chez un garde-municipal, au moyen de la même médication.

Nous rapprocherons les trois *eczémas*, le *pemphigus*, maladies qui toutes cédèrent promptement aux antiphlogistiques. L'eczéma aigu du n° 49, salle 7, couvrait la face, les poignets et les mains, et tourmentait beaucoup le malade; il céda bientôt à deux saignées de bras

et aux lotions sulfureuses. Quant au pemphigus (salle 7, lit 60), il disparut en peu de temps sous l'influence du régime, des bains et des lotions sulfureuses.

Je n'ai point de notes sur l'*encéphalite*. Les *érysipèles* qui, dans 5 cas siégèrent à la face, ont été traités par les saignées générales, et comparativement par des lotions émollientes chez les uns et des onctions mercurielles chez les autres : la guérison a été plus prompte chez ces derniers.

Des 47 *fièvres intermittentes* de différens types, une seule, celle de Matheret (salle 7, successivement lits 62 et 60), résista long-temps aux saignées locales et au sulfate de quinine; ce sel fut enfin donné à trentre grains à l'intérieur, dont quinze en potion et quinze en lavement, pendant qu'on en faisait absorber quatre par un vésicatoire; c'est alors que la fièvre céda. Beaucoup virent disparaître la fièvre par une application de sangsues à l'épigastre, sans avoir recours à aucun fébrifuge. Chez les autres, 6 à 8 ou 10 grains suffirent *toujours* à couper les accès dès la première ou la seconde prise, rarement à la troisième.

Les trois *ophthalmies* désignées dans la liste n'ont rien eu de bien grave, mais une autre qui s'est offerte chez un varioleux pendant la convalescence, a, comme chez le sujet mentionné dans mon précédent rapport, tuméfié l'œil, épaissi la cornée et produit une ulcération. Je puis dire qu'elle a cédé, celle-ci aussi, comme par enchantement, aux moyens suivans employés coup sur coup : Saignée au bras, applications de sangsues autour de l'œil, séton à la nuque, collyre de solution de sublimé, cautérisation avec le nitrate d'argent. Aujourd'hui (6 septembre) la transparence de la cornée n'est pas encore tout à fait reparue, mais tout fait espérer qu'elle se rétablira, et il n'y a plus d'ailleurs aucune inquiétude à avoir.

La *péritonite aiguë* a failli être mortelle au sujet qui la présenta. C'est le même qui figure dans le trimestre dernier. Sorti guéri, ce malade, nommé Florenci, ne tarda pas retomber par suite d'imprudences; il rentra dans l'état le plus grave, avec une tumeur à la région iléo-cœcale. Je le crus perdu : les sangues, les cataplasmes et les bains conjurèrent le danger et ce malheureux qui, deux fois de suite encore se fit retomber par de nombreuses fautes de régime qu'il finit par nous avouer; et ce qu'il a de pis, c'est qu'étant arrivé à manger la demie, il nous cacha une nouvelle rechute que je ne découvris que par hasard. Enfin il guérit parfaitement, mais il conserve un peu d'engorgement à la région cœcale : il est maintenant en convalescence dans son pays.

Les *rougeoles* (10) les *scarlatines* (8) et les *varioles* (3) (1) ont été assez nombreuses et graves comme elles le sont presque toujours chez les adultes. Aucune des scarlatines n'a été mortelle, mais un varioleux a succombé tout à coup, au milieu de la suppuration. On trouva du pain sous son chevet, et son estomac était gorgé d'alimens. La plupart des varioles furent confluentes, mais il y en eut évidemment de deux espèces, l'une *lymphatique*, dans laquelle il y a plutôt des vésicules que des pustules remplies d'un fluide blanchâtre, légèrement transparent, qui devient à peine opaque et jaunâtre lors de la dessication, où il n'y a que des croûtes légères, peu de fièvre et dont la terminaison est assez rapide; tandis que l'autre espèce, essentiellement *purulente* dès le début, a des pustules remplies d'un pus opaque et jaunâtre, des croûtes épaisses, laissant suinter un liquide visqueux, accompagnée de beaucoup de gonflement et de fièvre, lente dans sa marche, entraînant après elle une infinité d'accidens, tels que des phlegmons, des érysipèles, des ophthalmies, des otites, etc., est véritablement dangereuse, tandis que l'autre ne l'est nullement. Certainement ce ne sont pas deux maladies différentes, ce ne sont que *deux degrés* d'une même maladie; mais ces deux degrés méritent d'être notés pour le pronostic, qui est tout à fait différent dans les deux.

Nous traitons nos *uréthrites* par les simples émolliens quand elles sont légères; par les sangsues sur le trajet du canal, au périnée et aux aines, et quelquefois préalablement par une saignée générale, quand elles sont violentes; et lorsque l'état aigu étant passé, l'écoulement persiste, sans symptômes inflammatoires prononcés, nous donnons des pilules de baume de copahu et de poivre cubèbe réunis, ou nous faisons des injections avec une goutte de nitrate acide de mercure dans quatre onces d'eau, suivant l'indication du docteur Chardon. Ce dernier moyen n'a pas encore échoué dans les cas où nous avons jugé convenable d'y recourir, depuis plus de deux ans que nous l'employons.

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire mention d'un cas fort remarquable de *fracture de côte* par suite de pneumonie chronique compliquée d'hypertrophie excentrique du cœur. Au n° 36, salle 7, était couché un malade entré pour la double maladie pour laquelle nous lui délivrâmes un congé de convalescence dont il jouit maintenant, s'il n'a pas succombé à l'affection qu'il porte. Un jour nous remarquâmes une tumeur grosse comme un œuf de pigeon sur le trajet de la quatrième côte sternale, à la réunion de ses trois quarts postérieurs avec le quart antérieur, un peu au-dessus et en dehors du sein; tumeur dure comme une exostose, nullement douloureuse, et au centre de laquelle on détermine un bruit de crépitation très-manifeste, en imprimant aux deux parties de la côte antérieure et postérieure à la tumeur, un mouvement de déplacement en sens inverse. Il est impossible de confondre ce bruit avec celui d'emphysème; c'est bien la crépitation. La côte est donc fracturée, probablement par suite de la double maladie dont le sujet est atteint. M. le professeur Bouillaud, qui a vu le fait, partage notre manière de voir à cet égard.

Nous avons encore eu, ce trimestre, un cas curieux d'*œdème* d'une extrémité inférieure; il survint chez un militaire convalescent d'une gastro-entérite typhoïde

(1) Il s'est déclaré cinq autres varioles sur des malades convalescens, ce qui en élève le nombre total à 10.

(salle 7, lit 75) des plus graves, et s'accompagna de douleur au jarret et à l'aine. Ici encore, comme dans le cas rapporté dans notre précédent rapport, pensant que la phlébite était pour beaucoup dans cet œdème, nous appliquâmes quelques sangsues aux deux points douloureux, et nous exerçâmes la compression. En quelques jours l'œdème disparut et le membre reprit ses fonctions. Mais d'autres *phlébites* ont été plus graves. Il s'en est déclaré plusieurs à la suite de saignées; la plupart ont guéri par les saignées locales et les bains de bras; mais deux ont entraîné la perte des malades. L'un d'eux, salle 21, lit 45, nommé Marais, entré pour une gastro-entérite compliquée de pneumonie, fut saigné plusieurs fois. Les symptômes furent considérablement amendés, mais on s'aperçut qu'une des piqûres de la saignée s'était enflammée, qu'elle fournissait du pus et que le bras était gonflé aux environs, on mit les sangsues sur le bras, on prescrivit des bains de bras; il survint des symptômes cérébraux; l'engorgement du bras et de l'avant-bras ne fit qu'augmenter, il y avait érysipèle phlegmoneux; enfin le malade mourut au milieu du délire. A l'autopsie on trouva de nombreuses ulcérations à pic dans les intestins grêles, une très-légère injection de l'arachnoïde et une infiltration séro-sanieuse de tout l'avant-bras, dans une profondeur de 2 à 3 pouces. L'autre cas semblable se montra chez un nommé Roujon (salle 21, lit 44), convalescent d'une rougeole. Il survint une phlébite dont on ne s'aperçut qu'au quatrième jour. Les sangsues ne parvinrent pas à l'arrêter; l'engorgement de l'avant-bras devint énorme, il se fit un véritable étranglement; alors de nombreuses incisions donnèrent issue à une sérosité sanguinolente très-abondante; j'espérais que le malade serait soulagé par ce dégorgement. Il mourut tout d'un coup le jour même où les incisions furent faites. A l'autopsie nous trouvâmes les veines superficielles du bras enflammées, tandis qu'elles ne l'étaient pas chez le précédent; leurs parois étaient épaissies, leur membrane interne rouge et contenant du pus. L'inflammation s'arrêtait à la veine sous-clavière. Point d'autres lésions dans les viscères, seulement quelques petits dépôts purulens, gros comme des têtes d'épingle, dans le poumon, et plus nombreux dans le gauche (côté de la phlébite) que dans le droit.

Enfin nous avons à parler, pour terminer notre rapport, d'un autre cas mortel. Il s'agit d'un homme, Malterre (successivement salle 7, lit 20, et salle 21, lit 45) qui était entré à l'hôpital pour une pneumonie chronique compliquée d'entérite chronique. Il allait mieux sous l'influence d'un traitement adoucissant, lorsque la diarrhée se déclara par suite d'imprudences du malade qui se procurait plus d'alimens qu'il ne lui en était prescrit. Il nous cacha cette diarrhée plusieurs jours; quand on s'en aperçut, il en était déjà fort amaigri. Bientôt survint de l'hydropisie des extrémités, puis une ascite, puis des taches scorbutiques nombreuses partout le corps. C'est dans cet état qu'il fut pris de variole, mais l'éruption présenta ceci de remarquable que les pustules se remplirent de sang et non de pus; cependant la maladie marchait bien; la dessiccation sanguine des pustules eut lieu et en même temps qu'une amélioration se manifestait, on voyait l'état scorbutique se résoudre peu à peu, et les ecchymoses disparaître. Malterre se trouva convalescent de sa variole, avec son hydropisie; les bourses s'infiltrèrent excessivement; on fit quelques mouchetures légères; la gangrène se mit dans le scrotum, et les testicules furent bientôt à nu; en même temps la diarrhée reparut et Malterre succomba. A l'autopsie, on vit les poumons farcis de tubercules miliaires, granuleux, les uns rougeâtres, les autres noirs, les autres blancs; les intestins grêles remplis d'une foule d'ulcérations rugueuses d'un rouge brunâtre, et une vingtaine de litres de sérosité dans la cavité péritonéale.

N° 44.—31 Octobre.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

Sur l'amputation de la jambe. — Nouveau membre artificiel; par le dr Dufresse.

Cette leçon a été faite à propos d'un couvreur, âgé de 40 ans, qui est tombé de 30 pieds de haut. L'échafaudage, sur lequel il était placé, ayant cédé sous lui, son pied gauche se trouva pris entre deux planches, tandis que d'autres planches lui tombèrent sur le dos, qui était le siége d'une douleur très-forte. Comme cet homme n'était point tombé sur la partie postérieure du tronc, que la colonne vertébrale n'avait point porté par terre, et qu'il n'y avait point de paralysie, on pouvait penser que ses vertèbres et la moelle étaient intactes. Mais le pied était broyé; les os du tarse et du métatarse étaient brisés et disloqués; les os cunéiformes étaient séparés; l'articulation du premier métatarsien était ouverte, les ligamens articulaires rompus, et l'extrémité postérieure de cet os était sortie à travers une plaie très-large, qui existait sur le dos du pied; elle s'étendait transversalement de dedans en dehors, depuis la moitié du premier métatarsien jusque vers la tête du cinquième, et comprenait dans son épaisseur la peau et les tissus sous-jacens. Une autre plaie existait à la partie interne de la plante du pied, et s'étendait d'avant en arrière, depuis l'extrémité postérieure du premier métatarsien jusqu'au calcanéum: cette seconde plaie était profonde, irrégulière, et comprenait toute l'épaisseur des tissus. La peau était blanche et paraissait saine, sur le dos du pied jusqu'à environ un pouce au devant de l'articulation tibio-tarsienne: en définitive, cet homme avait une fracture très-compliquée de l'ordre de celles qui nécessitent l'amputation.

Quelques personnes, peu au fait de ces sortes de blessures, auraient pu penser qu'il eût été possible de faire l'amputation du pied d'après la méthode de Chopart.

Mais il arrive ordinairement que, quoique la peau paraisse saine, le tissu cellulaire sous-jacent est infiltré de sang et gorgé de liquides, qu'enfin les tissus sont désorganisés par l'effet de la contusion, bien au-delà des limites de la plaie et des points où ils paraissaient l'être, que ces tissus tombent en gangrène et compromettent le succès de l'opération. Or, c'est ce qui avait lieu chez ce blessé. Les tissus nous paraissaient sains vers les limites de la plaie; mais la désorganisation des parties profondes s'étendait jusqu'auprès de l'articulation tibio-tarsienne, de sorte qu'il n'était pas possible de songer à conserver le pied. Les désordres que nous venons de mentionner, auraient entraîné à leur suite, soit le tétanos, soit une suppuration séreuse mal liée, soit une résorption purulente, soit une gangrène enphysémateuse, soit la nécrose et la carie des os livrés à l'action de l'air, tous accidens très-graves et souvent mortels. Par les mêmes raisons, on ne pouvait pas plus songer à l'amputation par la méthode de Chopart, et celle dans l'articulation tibio-tarsienne n'offrait guère plus de succès. En saine pratique, il était donc rationnel de faire l'amputation au-dessus de cette articulation.

Mais l'amputation, une fois reconnue nécessaire au salut du malade, doit-elle être pratiquée immédiatement, ou bien doit-on attendre que l'impression fâcheuse produite sur le moral du blessé par un accident aussi grave, et par l'idée de perdre un membre qui, peu d'instans auparavant, était sain et vigoureux, soit dissipée, et panser en attendant les parties compromises, d'une manière convenable? Cette question est trop vaste pour être agitée en ce moment. Je dirai seulement qu'en amputant immédiatement, on substitue une plaie simple, faite par l'instrument tranchant et supportée par des tissus sains, à un plaie contuse, composée de tissus désorganisés en partie, destinés à être éliminés, et devant entraîner à sa suite tous les accidens qui accompagnent les fractures compliquées.

En attendant trois ou quatre jours, la commotion serait répandue dans tout l'organisme; la vie du malade serait exposée à des dangers tels que l'amputation ne pourrait plus y remédier. A mon avis l'amputation immédiate est donc celle à laquelle on doit accorder la préférence en pareil cas.

L'amputation résolue, où doit-elle être pratiquée? Depuis un siècle environ, chez nous et dans toute l'Europe, à quelques exceptions près, le lieu d'élection est à quatre travers de doigts au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Dans le siècle dernier, quelques praticiens conseillaient d'amputer ou dans l'articulation tibio-tarsienne, ou bien à la partie inférieure de la jambe, toutes les fois que l'état des parties le permet. La seule difficulté qui se présentait, c'était de trouver un appareil convenable pour placer la jambe des amputés, et leur procurer les moyens de marcher, en prenant un point d'appui sur leur moignon, sans causer trop de douleur, et sans exposer la cicatrice à se rompre. Un chirurgien du dix-septième siècle, nommé Solingen, prétendait agir ainsi toutes les fois qu'il le pouvait, et avait inventé une bottine qui remplissait toutes les conditions nécessaires pour faire marcher ses malades avec aisance. En Italie, Vacca suivait cette méthode opératoire, et prétendait s'en bien trouver. De nos jours, Sabatier a le plus contribué à la faire abandonner. Lorsqu'il était chirurgien aux Invalides, il s'y trouvait plusieurs militaires qui avaient eu la jambe amputée à la partie inférieure; comme il n'y avait pas encore d'appareil propre à leur faire prendre un point d'appui sur le moignon, et qu'ils étaient obligés de le prendre sur le genoux, la longueur de leur moignon les embarrassait tellement par son poids, par sa longueur surtout, qu'ils venaient le supplier de pratiquer de nouveau l'amputation dans le lieu où on la pratique généralement aujourd'hui. De nos jours, on est revenu sur la question de savoir si l'amputation à quatre doigts au-dessous de la tubérosité du tibia est préférable à celle qui consiste à amputer dans la partie inférieure de la jambe. Fondé sur deux observations et sur de nombreuses raisons, j'ai osé soutenir, un des premiers parmi nous, dans mon *Traité d'opérations*, dit M. Velpeau, que la méthode de Solingen doit rester dans la pratique. M. Goyrand (d'Aix) a publié, dans le même sens, un mémoire suivi de plusieurs observations. Il donne aussi dans ce mémoire la description d'un appareil, à l'aide duquel les malades peuvent marcher sans difficulté. A mon avis, cette manière de pratiquer l'amputation a été abandonnée trop légèrement. Elle offre plusieurs avantages, 1° celui de conserver dans la progression une articulation de plus, celle du genou, qui est libre; tandis que par la méthode en faveur, le point d'appui a lieu sur le genou, et tous les mouvemens se passent dans l'articulation coxo-fémorale; 2° l'opération est moins grave par plusieurs raisons: d'abord parce qu'elle est faite dans un lieu plus éloigné du tronc, en second lieu, parce que la quantité de tissus à diviser est moins considérable et moins charnue, le tibia moins gros en bas qu'en haut, et la plaie est moins étendue, moins pourvue de tissu cellulaire, suppure moins, et exige de la part de la nature moins d'efforts pour se cicatriser. D'ailleurs, il serait facile de trouver un mécanicien capable d'exécuter une bottine qui remplacerait la partie enlevée, et à l'aide de laquelle les opérés pourraient marcher avec facilité et dérober leur difformité. C'est donc ainsi que je vais pratiquer l'amputation chez ce blessé, et que je la pratiquerai toutes les fois que j'en trouverai l'occasion.

Les quinze premiers jours qui suivirent l'opération se passèrent d'une manière très-satisfaisante; ils ne furent traversés par aucun accident: la suppuration était de bonne nature. Le malade avait de l'appétit, du sommeil, et recouvrait ses forces. Alors on voulut rapprocher les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives; sous leur influence, il survint des foyers purulens, qui nécessitèrent trois incisions. La troisième fut suivie d'un abondant écoulement de pus avec expulsion de lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Une hémorrhagie se déclara; elle fut presque foudroyante par son abondance et par sa durée; le malade devint

très-faible, et tomba dans un état désespéré; pour être arrêtée, cette hémorrhagie nécessita l'application du tourniquet Suivant le professeur, elle survint par exhalation; il peut se faire à la surface des plaies ou dans les foyers purulens; celle qui eut lieu chez ce malade se fit dans le foyer, et fut le résultat de la mortification de l'artère avec le tissu cellulaire.

Mais ce n'était pas tant l'hémorrhagie qui faisait le danger du malade que son état général. Sa langue était blanche, l'appétit nul, le pouls dur et élevé; tout son être était dans une prostration profonde. Ces signes sont de mauvais augure, et indiquent une altération des fluides. Vers les premiers jours d'août il eut des alternatives de bien et de mal; tantôt il était bien, tantôt le dévoiement survenait et l'affaiblissait considérablement.

Malgré tous les accidens, la nature prit le dessus; les foyers finirent par se déterger; les forces revinrent; la cicatrisation marcha rapidement; et, dans les premiers jours de septembre, le malade se levait et marchait avec des béquilles. On lui a construit une jambe artificielle propre à remplacer son membre.

Cette jambe de bois, faite par M. Pissot, diffère peu des bottines dont on se servait autrefois. Elle se compose d'une bottine en bois, propre à recevoir la jambe amputée, un pied mobile d'avant en arrière, comme les articulations giuylymoïdales, est adapté à cette bottine, et y est fixé en manière de charnière, en avant par un ressort à boudin qui simule les extenseurs, au milieu par une traverse, et en arrière par un autre ressort à boudin qui fait l'office du tendon d'Achille.

Outre cela, il y a une genouillère en forme de collier, sa face interne est bien rembourrée et revêtue d'une peau de dain bien douce, sa face externe présente, vers sa partie moyenne, un rebord saillant sous lequel le bord supérieur de la bottine se place; puis des courroies et des boucles qui se correspondent. Cette partie se fixe au dessous du genou, après avoir pris d'avance la précaution d'enfoncer la jambe dans des fourreaux de peau de dain. Le point d'appui a lieu sur les tubérosités externe et interne du tibia et sur les condyles interne et externe du fémur : c'est là que se trouve transmis tout le poids du corps. Au-dessus du genou, on place un autre bracelet, large de trois à quatre pouces, auquel on fixe la bottine pour l'empêcher de sortir pendant la progression.

Quelque jours avant de partir de l'hôpital, le malade essaya à faire usage de ce membre artificiel, il paraissait y être habitué et pouvoir le supporter; il sortit le 15 septembre Il revint le 20 octobre, avec une jambe de bois semblable à celle dont on se sert lorsque l'amputation a été faite dans le lieu d'élection. Il nous dit que le mécanicien, M. Pissot, faisait inutilement depuis un mois tous ses efforts pour corriger les défauts de sa bottine et la gêne qu'elle lui causait dans la progression, de sorte que nous ne savons pas encore si la jambe artificielle décrite plus haut sera susceptible d'entrer dans l'usage ordinaire.

—

Plaie de la face palmaire de la main, résultant du décollement de la peau dans toute cette région.

Le 10 août 1835, le nommé Perrot, âgé de 26 ans, imprimeur, demeurant rue Saint-Germain-des-Prés, n. 9, était occupé à poser des feuilles sur la mécanique, dans un moment d'inattention, la peau de l'éminence thénar se trouva prise entre les deux cylindres, qui, continuant à tourner, la détachèrent jusqu'à la racine des doigts, comme si elle eût été disséquée avec le bistouri. Aux cris du blessé, le tourneur s'arrêta; et on parvint à dépétrer la main et le lambeau qui y adhérait encore dans les points indiqués. Transporté immédiatement à la Charité, salle Sainte-Vierge, n. 50, puis 24, il fut examiné. Le lambeau soulevé, on voyait l'aponévrose palmaire entièrement à nu. Une hémorrhagie assez abondante, fournie par une artériole, fut arrêtée par la ligature. La surface saignante de la peau avait été noircie par l'encre d'imprimerie. Le lambeau flasque et molasse était contus; mais il adhérait par un pédicule assez large, et il était assez épais pour qu'on pût concevoir une légère espérance de succès, en réunissant par quelques points de suture. Il y avait, en effet, deux manières de se comporter. On pouvait, 1° extirper le lambeau contus; mais alors on se serait exposé à de graves accidens, tels que, suppuration abondante, abcès profonds; cicatrice lente, irrégulière.

2° On pouvait tenter la réunion immédiate, qui offrait elle-même peu de chances de succès, parce-qu'ordinairement les tissus, contus plus profondément qu'ils ne semblent l'être au premier aspect, n'étant plus susceptibles de fournir la lymphe plastique nécessaire à la cicatrisation, tombent en gangrène, et laissent la plaie à nu comme lorsqu'on enlève le lambeau en premier lieu. C'est par cette raison que quelques chirurgiens veulent que cette réunion ne soit tentée en aucun cas. Malgré ce précepte rigoureux, et quelle que faible que fût la chance de succès, M. Velpeau extirpa les parties du lambeau qui semblaient les plus désorganisées, et réunit le reste par la suture à points séparés; et une boutonnière fut pratiquée au milieu du lambeau, pour donner issue au liquide qui aurait pu s'accumuler entre lui et la surface palmaire.

Le pansement consista en un bandage compressif et en irrigations d'eau froide, afin de donner de la tonicité aux tissus contus.

Le 12, le premier appareil fut levé; le lambeau commençait à se mortifier : le 13, il l'était entièrement. Alors les points de suture de toutes les parties gangrenées furent enlevées, et la plaie resta à nu. Le pansement consista en linges enduits de cérat et cataplasmes émolliens, jusqu'à ce que l'inflammation fût en partie dissipée et ramenée au degré nécessaire pour que la cicatrisation eût lieu. Une suppuration de bonne nature se manifesta et diminua peu à peu. Des bourgeons rouges et vermeils apparurent. Alors les émolliens furent abandonnés : on n'appliqua sur la plaie qu'un digestif

simple et de la charpie sèche par dessus ; et, afin d'empêcher la rétraction des doigts et d'une cicatrice bridée, une main en bois fut fixée au dos de la main du malade, et ses doigts placés dans l'extension et assujétis dessus avec des bandelettes de linge et de diachylum. Sous l'influence de ces moyens, la cicatrisation fit de rapides progrès ; le malade faisait exécuter sans douleur des mouvemens de flexion et d'extension assez étendus à ses doigts. La palette fut enlevée, et remplacée par des bandelettes placées circulairement autour de la main.

Dans les premiers jours d'octobre, la cicatrisation était complète ; la largeur de la main était un peu diminuée, et il restait une raideur assez prononcée dans les doigts et le poignet ; mais, avec le temps, tout cela disparaîtra.

Plaie de la tête compliquée de fracture, avec enfoncement des os du crâne. Guérison sans accidens.

Le 4 juillet 1835, Monroy, chifonnière, âgée de 62 ans, de Paris, assez bien constituée, rarement malade, exerçait sa profession auprès du Palais-Bourbon ; étant auprès d'une voiture, l'un des chevaux se dressa, et lui porta un coup de pied de devant sur la partie latérale gauche du front et de la tempe, au dessus et en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Elle tomba sans connaissance, perdit beaucoup de sang : un chirurgien lui appliqua un appareil sur le coup, et elle fut immédiatement transportée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n. 25. Elle avait repris sa connaissance.

Examinée, elle présenta au point indiqué une plaie contuse, profonde, de l'étendue d'un pouce et demi ; au fond, on apercevait les os à nu et fracturés. M. Velpeau débrida sur-le-champ par de larges incisions ; alors le doigt, porté dans la plaie, faisait reconnaître une fracture compliquée : Occupant la partie externe du frontal et la partie écailleuse du temporal, elle s'étendait au loin dans diverses directions ; le fragment supérieur était plus enfoncé que l'inférieur d'une ligne à une ligne et demie. Un tel délabrement sembla d'abord ne pouvoir exister sans décollement de la dure-mère, et sans être bientôt suivi d'un épanchement de sang entre cette membrane et la surface interne des os du crâne. On fut indécis si l'on pratiquerait l'opération du trépan immédiatement, afin de donner issue à ce liquide, et d'éviter par là les accidens de la compression du cerveau ; mais, réfléchissant qu'il s'était déjà écoulé un temps assez long depuis le moment de l'accident jusqu'à l'examen de la malade, sans qu'il se fût manifesté aucun signe d'épanchement, le professeur se décida à attendre quelques instans. Une heure et demie après, il trouva, à son grand étonnement et à sa grande satisfaction, la malade avec toute sa connaissance, et jouissant de toute la liberté de ses mouvemens. Les environs de la plaie furent rasés, nétoyés ; la plaie fut remplie de charpie, et couverte de cataplasmes émolliens. Large saignée, lavement, diète. Le 5 juillet, peu de sommeil, mal de tête, pas de fièvre ; nouvelle saignée, lavemens, même pansement. Les premiers jours se passèrent d'une manière très-satisfaisante ; il ne se manifesta rien du côté du cerveau, ni signes d'épanchement, ni signes d'inflammation. La période de la suppuration arriva. Les bords de la plaie se tuméfièrent ; l'érysipèle s'étendit dans les environs, gagna l'oreille, une partie de la face du côté de la blessure. La suppuration s'établit dans la plaie ; le pus s'accumula sous l'aponévrose du crotaphyte ; elle fut incisée ; il sortit : l'inflammation diminua. Des bourgeons charnus se développèrent ; et, au bout d'un mois, les os, qui étaient à nu, étaient en partie découverts. Ils ne se nécrosèrent pas et ne s'exfolièrent pas ; ils se recouvrirent tout à fait. La plaie se cicatrisa ; et la malade sortit parfaitement guérie, le 2 septembre 1835.

Sur le danger d'enlever certaines tumeurs pédiculées, sans une ligature préalable ; par M. Fardeau, (de Saumur), Chirurgien-Major en retraite.

Une petite fille, âgée de 3 ans, me fut présentée, portant à la partie moyenne du sternum une tumeur du volume et de la couleur d'une cerise, et que je reconnus pour être de nature érectile. Elle était supportée par un pédicule étroit, offrant environ la grosseur d'une seconde corde de violon, et qui paraissait s'engager dans le sternum, de telle sorte que je pensai que la tumeur dépendait de quelques branches des vaisseaux mammaires qui, après avoir traversé l'os, formaient, par l'expansion de leurs capillaires, cette même tumeur. Cette prévision qui, comme on va le voir, était juste, aurait dû m'engager à placer une ligature avant d'enlever la tumeur. Je n'en fis rien et l'emportai d'un coup de ciseaux ; j'eus d'autant plus tort que la mère m'avait dit que plusieurs fois elle s'était ouverte et avait fourni une grande quantité de sang. A peine l'ablation fut-elle opérée qu'il y eut un petit écoulement de sang que je crus pouvoir arrêter en appliquant quelques bourdonnets de charpie et des compresses graduées et un bandage de corps assez serré. La mère emmena son enfant qui, fatiguée par l'opération qu'elle venait de supporter, ne tarda point à s'endormir. Au bout d'une heure environ, la mère attentive s'aperçut que sa petite pâlissait et devenait froide ; elle regarda le bandage qu'elle trouva imbibé de sang. Vite elle accourut à la maison m'informer de l'accident que je regardai comme de peu d'importance, vu le point solide que j'avais pris pour faire la compression. Je la pratiquai de nouveau avec le plus grand soin. Elle n'eut pas plus de succès que la première fois, ce qui devait être, puisque je ne pouvais atteindre l'extrémité béante des vaisseaux qui s'étaient retractés dans le canal osseux, accidentel du sternum.

Commençant à avoir de sérieuses inquiétudes, je m'empressai de faire bien rougir un stylet mince que je portai dans le canal. Ce nouveau moyen échoua.

Je ne savais réellement plus que faire lorsque l'idée

me vint de tailler une petite cheville avec du bois tendre et vert. Je lui donnai la forme d'un clou aigu à la tête duquel je fixai un fil ciré pour l'enlever en temps opportun, je l'introduisis dans le petit pertuis où étaient les vaisseaux et le sang s'arrêta. C'était urgent, car l'enfant était froide et n'avait presque plus de pouls. Je la fis entourer de linges chauds, je lui donnai un peu de bon bouillon et une cuillerée de vin chaud, sucré et coupé de moitié d'eau. Le lendemain, la petite était bien. Un peu d'inflammation s'était développée autour de la cheville; je cherchai, par l'application d'un cataplasme, à la modérer, tout en laissant en place le moyen de compression pendant quatre jours. Au bout de ce temps il devint mobile et l'extraction s'en fit sans nul effort. Il ne survint extérieurement aucun accident.

Cette observation parle d'elle-même, et doit faire regarder comme un principe invariable d'appliquer préalablement sur le pédicule de ces tumeurs un fil en deçà duquel on coupera ensuite.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

OCTOBRE 1835.

Mémoire sur l'emploi du moxa, dans le traitement de l'hépatite chronique.

M. le docteur Archambault-Reverdy a publié, dans le *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire,* un Mémoire sur l'utilité du moxa dans certaines indurations du foie. Après avoir démontré l'insuffisance des purgatifs dans certains cas d'hépatite chronique, ainsi que l'inutilité des antiphlogistiques, ce médecin s'efforce de faire ressortir tous les avantages du moyen qu'il propose. Les observations suivantes feront connaître dans quelles circonstances le moxa peut être utile, et dans quelles autres il est nécessaire de favoriser son action par les autres moyens déjà connus et généralement employés.

Un meunier, âgé de cinquante-deux ans, eut, au commencement de 1825, une fièvre bilieuse, qui fut promptement arrêtée par l'emploi de quelques purgatifs; à partir de ce moment il commença à éprouver du malaise, du dégoût; le ventre devint paresseux, la peau prit une teinte jaunâtre, et le malade ressentit une douleur sourde dans le côté droit. Il n'en continua pas moins son genre de vie habituel; mais le 13 septembre il fut pris d'un accès de fièvre violente et se mit au lit. M. Archambault, appelé le lendemain, prescrivit des boissons acidules, et l'usage d'un éméto-cathartique. La fièvre s'arrêta le quatrième jour, mais l'embarras des voies digestives persista, la peau resta jaune, l'hypocondre droit se tendit et devint douloureux à la pression; les jambes s'infiltrèrent, les urines devinrent rares et colorées; le malade ne pouvait plus se coucher que sur le côté gauche.

Trois mois s'écoulèrent ainsi sans traitement. M. Archambault, rappelé vers les derniers jours de décembre, diagnostiqua une induration du foie déjà ancienne, et fit brûler trois moxas directement au-dessous des côtes asternales, au centre de l'engorgement présumé, car la distension des parois abdominales ne permettait pas de reconnaître par le toucher l'état de l'organe malade. Trois jours après cette application, les urines coulaient déjà plus abondamment, la peau était moins jaune, l'enflure diminuée; une diarrhée des plus copieuses avait succédé à la constipation. Le dixième jour, les accès fébriles du soir avait complétement cessé, le ventre était moins tendu. Bientôt on put palper le foie, mais non sans déterminer une douleur assez vive.

Dans le but de hâter le dégorgement des tissus depuis si longtemps indurés, le malade fut mis à l'usage d'une décoction purgative, composée de tamarin deux onces, sulfate de magnésie quatre gros, pour une pinte de liquide, deux verres chaque matin. Au bout de huit jours de l'emploi de ce purgatif, tous les accidens disparurent. Le malade pouvait se coucher sur le côté droit, le foie était rentré dans ses limites ordinaires. Cet homme reprit ses occupations le trentième jour du traitement.

Une femme, âgée de quarante-un ans, sujette à des accès de fièvre qu'on ne prévenait que par de fortes doses de quinquina, s'aperçut, au mois de juin 1828, que ses jambes enflaient le soir. Bientôt elle éprouva de la gêne dans tout l'abdomen, et surtout dans l'hypocondre droit; sa peau jaunit, son appétit disparut, le ventre devint paresseux. Elle se purgea plusieurs fois; mais, loin de diminuer, les accidens s'aggravèrent, et M. Archambault fut consulté dans les premiers jours d'octobre. Une application de sangsues fut faite au siége; on prescrivit des boissons légèrement purgatives, et le troisième jour deux moxas furent conseillés au côté droit du ventre, au-dessous des fausses côtes. Mais la malade se refusa à leur application, et crut y suppléer en buvant pendant plusieurs mois une décoction de feuilles de saponaire et de pissenlit; avec addition de deux gros d'acétate de potasse par pinte. Peu à peu les accidens s'aggravèrent, et cette femme se trouva dans l'état du malade dont on vient de lire l'histoire.

Appelé de nouveau, M. Archambault fit brûler aussitôt trois moxas au centre de l'engorgement, et prescrivit l'usage d'une tisane de tamarin. Les trois premiers jours il n'en résulta aucun effet, mais le quatrième, une vive douleur se manifesta dans le côté droit de l'abdomen, qui devint tendu, douloureux à la pression. Le pouls s'éleva, la peau était brûlante. Des cataplasmes émolliens furent appliqués sur les plaies des moxas. Mais les jours suivans tous ces accidens se dissipèrent. Le ventre devint moins tendu, les urines reparurent, la peau prit une teinte plus claire, enfin cette femme fut, comme le sujet de l'observation précédente, guérie vers le trentième jour.

On voit par ces deux observations, que les purgatifs qui n'avaient d'abord eu d'autre résultat que de fatiguer l'intestin, administrés avant l'application des

moxas, ont ensuite été d'une utilité réelle, lorsque leur action a été favorisée par la vive réaction qu'a produite l'application du feu. Dans l'observation suivante, l'hépatite, plus rebelle encore, nécessita deux applications de moxas, avant de recevoir une modification favorable des évacuans.

Dans le courant de mars 1833, M. Archambault fut appelé près d'un ouvrier, âgé de quarante-sept ans, atteint depuis six à sept mois d'une maladie chronique des organes du bas-ventre. Les extrémités inférieures étaient considérablement infiltrées, la face bouffie, le ventre météorisé. Il y avait une douleur gravative dans l'hypocondre droit, les urines étaient rares, la peau jaune, les vomissemens fréquens, les forces abattues, etc.

Bien que le gonflement du ventre ne permît pas de reconnaître le volume du foie, ce médecin n'en diagnostiqua pas moins une hépatite chronique. Il prescrivit une application de sangsues au siége, et pour le lendemain trois moxas au côté droit du ventre, et sur le lieu même de la douler. Le cinquième jour, les urines commencèrent à couler plus abondamment, les selles devinrent plus fréquentes; cependant les accidens ne diminuant qu'avec beaucoup de lenteur, deux nouveaux moxas furent placés un peu au-dessus des autres brûlures. Dès la nuit suivante le malade fut pris d'une diarrhée bilieuse très-abondante. Bientôt les symptômes énumérés ci-dessus se dissipèrent peu à peu. Le quinzième jour de cette dernière application, on prescrivit l'usage d'une décoction de tamarin, avec addition de sulfate de magnésie. A partir de ce moment, le mieux marcha d'une manière plus sensible, et bientôt cet homme put reprendre ses travaux.

Mais au bout de deux mois, par suite de plusieurs excès, il fut repris de la même maladie, et se trouva bientôt dans l'état où il était avant l'usage du traitement indiqué. Trois nouveaux moxas furent appliqués, et le malade entrait en convalescence vers le vingtième jour.

L'auteur de ce Mémoire, en rapportant plusieurs observations dans lesquelles le traitement par les moxas a réussi, et quelques autres qui se sont terminées d'une manière funeste, malgré l'emploi de ce moyen, fait remarquer que les moxas ne conviennent que lorsqu'il est besoin de stimuler les tissus, dans l'induration ordinaire, par exemple, ou même dans l'induration squirrheuse; mais lorsque les tissus ont dégénéré, qu'ils ont revêtu la forme cancéreuse, cette stimulation aurait les effets les plus funestes, et favoriserait les progrès de la maladie, qui doit au reste bientôt entraîner la perte du sujet.

De l'influence de la chaleur atmosphérique sur la guérison des plaies et des ulcères; par M. Jules Guyot.

Après avoir rappelé l'opinion d'Ambroise Paré et de M. Larrey, sur l'influence salutaire des climats chauds sur la cicatrisation des plaies, M. Guyot rend compte d'une série d'expériences qu'il a tentées sur des lapins, en les renfermant dans les appareils propres à produire et à entretenir constamment une température atmosphérique depuis 30° jusqu'à 70°. Les uns, après avoir subi différentes opérations, étaient plongés tout entiers dans une température élevée; les autres avaient le corps plongé dans l'air chaud, tandis que la tête restait libre à l'extérieur; enfin, d'autres n'avaient que leurs plaies exposées à l'action du calorique. Il fut aisé de remarquer que les plaies soumises ainsi à l'action d'une chaleur atmosphérique, entretenues avec soin nuit et jour, se fermaient beaucoup plus rapidement que celles pratiquées sur d'autres lapins et qu'on laissait à l'air extérieur; quelques-unes étaient fermées au bout de quelques heures, d'autres se couvraient d'une exsudation plastique au-dessous de laquelle la cicatrise se trouvait établie le lendemain ou le jour suivant.

Ces succès autorisèrent donc des essais sur l'homme, et les quatre expériences suivantes furent tentées à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Breschet. On construisit une boîte carrée qu'on fit traverser par un tuyau qui venait s'adapter au verre d'une lampe placée au pied du lit; un membre malade pouvait être introduit dans cette boîte, dont la partie supérieure s'enlevait à volonté, et les deux extrémités étaient en toile et percées à leur centre, afin de permettre l'introduction du membre; un thermomètre introduit dans la boîte annonçait la température de son intérieur.

Le 26 novembre 1833, cet appareil fut appliqué à la jambe gauche d'un jeune homme qui portait depuis quatre années, à la partie supérieure et interne de cette jambe, plusieurs plaies résultant d'une fracture comminutive. Ayant inutilement employé tous les moyens de cicatrisation, cet homme était venu à Paris, dans l'intention de se faire couper la jambe.

Après deux heures d'application d'une chaleur de 45°, les bords des plaies étaient desséchés. Après cinq heures, les plaies étaient recouvertes d'une croûte mince sous laquelle existait beaucoup de sérosité exhalée. Le lendemain elles étaient revêtues d'une croûte sèche, sans liquide au-dessous. Le malade disait ressentir un malaise général, un sentiment de brûlure sous le sternum, avec perte d'appétit et nausées; à huit heures du soir il éteignit la lampe. Le lendemain, la suppuration, qui n'existait pas la veille, était devenue très-abondante; en huit à dix jours elle diminua et la plaie reprit l'aspect qu'elle avait avant l'expérience: cet homme a subi l'amputation plus tard et est mort.

Un vieillard de soixante-sept ans portait depuis vingt-cinq ans un ulcère à la malléole interne de la jambe gauche; cet ulcère, qui se fermait de temps en temps, mais qui depuis huit mois avait résisté à tous les moyens, était fort étendu, couvert d'un pus sanieux et grisâtre. Les bords tuméfiés étaient engorgés et entourés d'une auréole inflammatoire de trois pouces d'étendue en haut et d'un pouce en bas; la plaie était fort douloureuse, et le malade ne trouvait de soulagement qu'en tenant le pied élevé.

Le 27 novembre, l'extrémité inférieure de la jambe

fut placée dans l'appareil, dont la température intérieure fut élevée à 45°; il était huit heures du matin : à deux heures le malade ne ressentait aucune douleur. L'auréole inflammatoire avait entièrement disparu. La plaie fournissait une exsudation séreuse abondante. Le 28, elle était entièrement recouverte d'une croûte sous laquelle existait un pus épais, blanc, sans odeur. Les choses restèrent au même point jusqu'au 6 décembre. La température avait été maintenue au même dégré; mais pendant plusieurs heures de la nuit on avait laissé éteindre la lampe, ce dont le malade se plaignait vivement, prétendant éprouver alors des douleurs très-vives dans la plaie.

Le 6 décembre, la croûte fut enlevée; une cicatrisation de huit lignes en largeur et de douze en longueur s'était opérée en dessous, en sorte que l'ulcère était considérablement réduit. Le 7, une croûte s'était formée sur la partie non cicatrisée, elle fut enlevée le 11, et la plus grande partie de l'ulcère qu'elle recouvrait fut encore trouvée cicatrisée. Le même jour, la lampe ayant été retirée pendant plusieurs heures, le malade s'en plaignit vivement, et en effet on trouva le lendemain l'ulcère sensiblement agrandi; enfin le feu ayant été plus soigneusement entretenu, les croûtes qui se formaient furent enlevées tous les deux jours, on trouvait à chaque pansement une portion de l'ulcère fermée. Le 3 janvier, la cicatrisation était complète. Le 11, le malade marcha sans éprouver aucun inconvénient. Cet homme, examiné de nouveau au bout de quarante jours, présentait une cicatrice solide, dont rien n'annonçait la rupture prochaine.

Les deux autres observations furent moins concluantes que cette dernière; cependant elles démontrèrent de la manière la plus évidente l'action de la chaleur sur la cicatrisation des ulcères. Ce résultat ayant été lu à l'Académie des sciences, une commission fut nommée pour examiner le travail de M. Guyot, et M. Roux, rapporteur de cette commission, ayant voulu répéter ces expériences, soumit quelques-uns de ses malades à l'hopital de la Charité à l'action de la chaleur continue.

Un jeune homme portait depuis six ans à la malléole un ulcère qui s'était cicatrisé et ouvert un grand nombre de fois depuis son développement; terme moyen, le traitement avait chaque fois duré cinq semaines. Le membre fut mis dans la boîte le 17 avril; la cicatrisation marcha si rapidement, que le 23 il put se lever, et le 27 il sortit de l'hôpital: six mois après, l'ulcère avait acquis une solidité telle que tout portait à croire qu'il ne se rouvrirait plus.

D'autres expériences ne laissèrent aucun doute sur la propriété cicatrisante de la chaleur. Ce moyen a en outre été employé dans quelques autres circonstances, telles que des tumeurs blanches des articulations et même des douleurs nerveuses. M. Guyot espère que de nouvelles recherches démontreront quel parti avantageux on peut tirer du séjour de nos tissus dans une atmosphère élevée, et que ce moyen pourra s'étendre à beaucoup de maladies pour lesquelles il n'a point encore été proposé.

Réflexions. Les praticiens s'occupent beaucoup dans ce moment des effets du froid sur les plaies, les écrasemens, les déchirures plus ou moins profondes de nos tissus. Nous avons dit dans quelques articles de ce journal que sous l'influence de ce moyen les solutions de continuité se fermaient sans travail inflammatoire apparent, que les accidens qui semblaient les plus inévitables étaient souvent ou prévenus, ou tellement affaiblis, que la cicatrisation s'opérait sans que l'économie participât en aucune manière aux désordres locaux. Il paraîtrait, d'après ces expériences et quelques autres auxquelles s'est livré un praticien anglais, qu'on pourrait arriver au même résultat par l'application continue de la chaleur. M. le docteur Macartney, de Dublin, affirme avoir prévenu un très-grand nombre de fois, depuis trente ans, les accidens habituels aux vastes déchirures, aux fractures comminutives, aux grandes plaies, en couvrant les parties lésées avec de la charpie qu'il maintient toujours imbibée d'un liquide très-chaud, ou en fixant les membres blessés dans un appareil à peu près semblable à celui décrit plus haut, et qu'il remplit de vapeurs aqueuses dont il élève la température à volonté au moyen d'une lampe. De cette manière, assure-t-il, les plaies se ferment sans inflammation, car l'inflammation, loin de favoriser la cicatrisation, s'opposerait au contraire à cette heureuse terminaison.

Ce travail, lu devant l'Académie royale de médecine, devant être inséré dans ses fascicules, nous en rendrons compte plus tard et avec assez d'étendue pour que nos lecteurs puissent en faire l'application dans leur pratique.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

Considérations pratiques sur les tumeurs variqueuses qui surviennent à la vulve et au vagin dans le cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement.

Dans une de ses leçons, M. Paul Dubois a appelé l'attention de ses élèves sur cet accident assez commun, qu'on a désigné sous le nom de tumeur variqueuse, et dont le développement a causé plus d'une méprise fâcheuse. Une femme couchée au n° 17 en a fourni le sujet: bien qu'arrivée à peine au sixième mois de la grossesse, elle portait dans le vagin une tumeur assez volumineuse qui pouvait plus tard causer quelque embarras lors de la délivrance. Il y a quelques années, ce professeur fut appelé près d'une nouvelle accouchée qui avait été délivrée par une sage-femme. Ce n'est que quelques jours après l'accouchement, qu'il s'était formé dans la grande lèvre du côté gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Après avoir long-temps hésité sur la nature de cette tumeur, il se décida à la fendre dans toute sa longueur. Il en sortit du sang grumeleux d'abord, puis liquide. On se borna à pratiquer

quelques lotions, et la femme fut rétablie en quinze à dix-huit jours.

Quelque temps après, le même chirurgien fut appelé à l'hospice de la Maternité, pour une femme chez laquelle, au moment de la sortie du délivre, il était survenu tout-à-coup dans le vagin une énorme tumeur, que les élèves prenaient pour un renversement de l'utérus. Cette tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus, et pouvait effectivement donner lieu à cette erreur de diagnostic. Cependant le toucher, pratiqué avec plus de précaution, démontra que le doigt pouvait la cerner à sa partie supérieure, tandis que par le reste de sa circonférence elle se développait dans l'intérieur même de la grande lèvre. L'utérus d'ailleurs était à sa place, et on le sentait en déprimant les parois de l'abdomen, bien que la femme fût très-grasse. A cette époque M. Dubois n'avait pas une connaissance bien parfaite de cet accident. Considérant que la délivrance était faite, que la femme ne souffrait pas, et que les lochies coulaient d'ailleurs facilement, il crut devoir temporiser, et se borna à prescrire des lotions résolutives. Les jours suivans, la surface interne de la tumeur se mortifia, et les tissus détachés laissèrent à découvert un énorme caillot de sang qui fut extrait, et laissa béante une vaste caverne. Au bout d'un mois cependant la guérison était presque complète

Cette temporisation n'était pas le parti le plus convenable; peu de temps après, en effet, ce chirurgien ayant été appelé près de Belleville, pour un cas semblable, n'hésita pas à inciser largement la tumeur; un caillot sanguin se détacha d'abord, puis il coula du sang pur qui s'arrêta bientôt de lui-même, et la guérison eut lieu promptement.

Enfin, il y a quelques mois une femme se présenta à la Maternité. L'enfant perdant son méconium, on crut devoir appliquer le forceps. L'accouchement terminé, on s'assura que toutes les parties étaient à l'état normal, mais bientôt on vit une des grandes lèvres se gonfler prodigieusement, et l'on reconnut enfin une tumeur semblable à celles dont nous venons de parler. Elle fut incisée, et la femme se rétablit promptement.

On se rend facilement raison de la formation de ces tumeurs pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Le développement considérable des vaisseaux de l'appareil utérin, et la gêne que la circulation éprouve alors par la compression de la matrice, en sont une explication suffisante. Mais on a peine à comprendre comment cet accident peut survenir quelque temps après l'accouchement. L'expérience démontre cependant que c'est à cette époque qu'il est le plus fréquent.

Si l'on veut réfléchir à ce qui se passe pendant l'expulsion du fœtus, on verra que le développement tardif de ces tumeurs n'est point inexplicable. Il y a deux choses en effet à considérer, la rupture des vaisseaux et l'extravasation du sang. La rupture peut être produite par le refoulement du sang ou par la compression de la tête sur les os du bassin. Quand la rupture s'opère au moment où la tête franchit le détroit, le trombus peut ne se former que lorsque la tête, puis le corps entier du fœtus, ont été expulsés; il peut même arriver que les parois des vaisseaux violemment contus ne se déchirent qu'un temps plus ou moins long après la terminaison de l'accouchement.

Cet accident peut avoir lieu non-seulement chez les femmes dont les vaisseaux du système utérin ont été développés par l'état de grossesse, mais encore chez celles dont la matrice se trouve dans un état de vacuité et qui font une chute sur le siége, ou sont soumises à d'autres violences.

Que doit-on faire chez les femmes qui présentent des tumeurs de cette nature? Quand elles surviennent pendant le cours de la grossesse, il n'est pas probable qu'elles puissent déterminer d'accidens avant l'époque de l'accouchement; cependant il serait convenable que les femmes ne restassent pas trop long-temps debout. S'il y avait des indices de pléthore, on ferait une saignée du bras; de plus, on doit tenir le ventre libre, dans la crainte que les efforts pour aller à la selle n'augmentent le gonflement.

Lors du travail, ces tumeurs variqueuses demandent la plus grande surveillance. Les femmes doivent rester couchées dès qu'elles commencent à souffrir, et tâcher de modérer leurs efforts d'expulsion lorsqu'ils se font avec trop de violence. Si, lorsque la tête est dans l'excavation du bassin, la tumeur se gonflait beaucoup, il faudrait avec la main la comprimer légèrement. S'il arrivait que cette tumeur vînt à se rompre et qu'il se formât un trombus considérable, il faudrait l'inciser largement, enlever le sang qu'il contient, et tamponner, si on ne pouvait appliquer le forceps à l'instant. On se hâterait de terminer l'accouchement dès qu'il serait possible de le faire.

Enfin, si le trombus se développe après l'expulsion du fœtus, c'est encore à l'incision qu'il faut avoir recours; rarement alors il est nécessaire de tamponner; des lotions et des applications de compresses trempées dans une liqueur résolutive sont suffisantes dans la presque totalité des cas.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Considérations pratiques sur les syphilides en général, et en particulier sur leur traitement.

Les syphilides sont de tous les symptômes consécutifs peut-être les plus fréquens, aussi méritent-elles qu'on apporte dans leur étude un soin tout particulier, ce qui nous engage à revenir sur quelques-uns des points que nous avons exposés dans les articles précédens.

Nous avons tracé le tableau de chacune des cinq espèces admises par M. Cullerier; mais, malgré le soin que nous avons pris d'en exposer les symptômes et quelques-unes des différences qu'elles offrent avec les autres

éruptions cutanées, on ne peut se dissimuler qu'on doive rencontrer quelquefois des cas douteux sur la nature desquels il soit impossible de prononcer. Les caractères généraux en effet qu'on a donnés aux syphilides n'existent pas toujours, la couleur cuivrée, par exemple, est bien loin de s'offrir dans tous les cas; en général, elle ne se dessine clairement que lorsque la maladie a quelque durée, encore avons-nous vu un grand nombre d'éruptions syphilitiques rester jusqu'à leur disparition entièrement dépourvues de ce caractère. D'un autre côté, des éruptions d'une tout autre nature apparaissant sur des peaux brunes peuvent s'entourer d'un cercle rouge brun, qu'on considérera comme indice certain d'un caractère syphilitique, si l'on veut attacher à ce symptôme une trop grande importance. Nous avons vu, par exemple, chez deux sujets des traces de petite vérole déjà ancienne, offrir à s'y méprendre l'aspect de la syphilide pustuleuse en voie de guérison avec teinte cuivrée, au point qu'on aurait pu, par un examen inattentif, se tromper sur le véritable caractère de la maladie.

Les praticiens ne doivent donc pas oublier que cette teinte, dont on veut faire le signe pathognomonique des syphilides, n'est pas un indice nécessaire de ces éruptions.

Les signes tirés des applications de divers topiques nous laissent dans la même incertitude, car bien qu'en général les mercuriaux aient une action prononcée sur les syphilides, dans plusieurs cas ils sont ou nuisibles ou inefficaces, dans d'autres au contraire ils guérissent parfaitement des éruptions tout-à-fait exemptes du virus vénérien. On sait d'ailleurs que de tout temps le mercure a été employé avec succès dans les maladies de la peau, quelle que fût leur nature.

Veut-on un exemple remarquable de cette incertitude sur le caractère de l'éruption? Il y a dans ce moment dans les salles de l'infirmerie un jeune homme dont le corps entier est couvert de plaques squammeuses qui, se touchant par leurs bords, ou laissant entre elles un certain intervalle dans lequel la peau est saine, lui donnent l'aspect tigré, non-seulement sur quelques points, mais encore sur le front, la face, le dos, le ventre, enfin sur l'étendue entière des tégumens. Ces plaques varient pour la largeur depuis celle d'une pièce de 10 sous jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs. Elles consistent en une surface rouge, couverte d'une multitude de petites pustules qui sécrètent un liquide, lequel, par la dessiccation, forme des squammes qui s'enlèvent avec l'ongle. *Aucune de ces plaques n'est entourée d'un cercle cuivreux.*

Cet homme n'a jamais eu qu'une blennorrhagie, qui, assure-t-il, n'a duré que quelques jours; l'éruption n'a pas tardé à se manifester, telle à peu près que nous la voyons. Il est entré dans un hôpital de Paris, *où on n'a pas considéré sa maladie comme de nature syphilitique.* La teinture arsénicale de Fowler lui a été administrée avec succès; il a été guéri en quelques mois: mais cette éruption a reparu dès qu'il a eu repris ses travaux. Entré à l'hôpital des Vénériens, on a essayé sans succès diverses pommades sulfureuses : mais lorsqu'on a pansé quelques plaques avec la pommade de proto-iodure de mercure, on s'est aperçu d'une amélioration immédiate dans l'aspect de l'éruption; on continua donc l'emploi de cette pommade, et à l'intérieur on prescrivit la teinture de Fowler; ce malade marche évidemment vers la guérison.

Il serait bien difficile de se prononcer sur le caractère de cette éruption, et il faut bien se résigner à faire l'application du remède sans en tirer de conclusion, quant à la nature du mal, puisqu'une première fois l'éruption a cédé à l'administration de l'arsénic, et que maintenant elle disparaît sous l'influence des applications mercurielles.

Les syphilides sont des symptômes consécutifs de vérole, qui en général résistent avec assez d'opiniâtreté pour qu'on soit obligé d'administrer aux malades une certaine dose de mercure. Cependant il s'en faut beaucoup que M. Cullerier prescrive ce médicament dans tous les cas : la syphilide maculée cède ordinairement à des bains simples, à des saignées, au repos et au régime de l'hôpital; quelquefois on donne à l'intérieur quelques préparations mercurielles, où l'on prescrit quelques bains de vapeurs de cinabre. Nous avons cité un exemple remarquable de syphilide pustuleuse chez une jeune fille guérie sans le secours des mercuriaux; nous pourrions ajouter un grand nombre d'exemples semblables et en puiser même parmi les cas les plus graves, comme on pourra en juger par le fait suivant.

Au n° 10 de la petite salle a été couché, le 28 mai 1834, un homme de quarante-cinq ans environ, dont voici les antécédens : Il y a quinze ans, blennorrhagie et chancres pour lesquels il a pris soixante-quatorze doses de liqueur de Van Swieten. Cinq ou six ans après, éruption de tubercules disséminés sur la face. Entré à l'hôpital des Vénériens, quatre mois et demi de séjour, tisane sudorifique pendant deux mois, douches de vapeurs, vingt-six frictions mercurielles, tisane de Feltz. Sorti guéri.

Malgré ces deux traitemens, le mal a récidivé. A son entrée à l'hôpital les deux lèvres et le nez étaient couverts de tubercules, rouges et gonflés : plusieurs de ces tubercules étaient ulcérés, la bouche était déformée, et un vaste ulcère s'étendait sur la muqueuse buccale et détruisait le voile du palais. Cet homme fut mis aussitôt à l'usage de l'iode (1), mais un rhume violent survenu quelques jours après força d'en suspendre l'emploi. Le mal fut en quelque sorte abandonné à lui-même, puisqu'on se borna à diriger vers les parties malades des vapeurs d'eau émolliente, mais on prescrivait en même temps une diète assez sévère et le repos au lit. Au bout de deux mois, l'ulcère de la bouche était cicatrisé, les tubercules du nez et des lèvres entièrement fondus, et ces parties ne présentaient plus que de la rou-

(1) *Pr.* Iode, un grain;
Hydriodate de potasse, deux ou trois grains, dans une potion à prendre dans la journée.

geur. Cet homme était presque guéri, et n'avait cependant pris aucune substance active; il séjourna encore un mois à l'hôpital. Nous l'avons vu plusieurs fois depuis cette époque, et jusqu'à ce jour sa guérison ne s'est pas démentie.

Cet homme est-il à l'abri de rechutes nouvelles? Nous ne pourrions l'affirmer, car les symptômes consécutifs de syphilis, et spécialement de la syphilide tuberculeuse, se reproduisent si fréquemment qu'on n'est jamais certain d'en être entièrement débarrassé; mais on voit par cet exemple même que les traitemens mercuriels les mieux suivis ne préviennent pas plus ces déplorables rechutes que ceux dans lesquels on s'est abstenu de ce métal.

Cependant on est forcé de recourir au mercure dans un grand nombre de cas de syphilide, et spécialement dans la syphilide tuberculeuse. Les formes les plus ordinaires dans lesquelles M. Cullerier le prescrit sont le proto-iodure, le cyanure, et le cinabre en vapeur : voici quelques exemples qui feront juger de l'efficacité de ces préparations.

Le 21 mai 1834 a été couché au numéro 4 de la seconde salle un homme qui a eu, depuis trois ans, trois affections vénériennes : un écoulement qui a duré trois mois et qui a été coupé par le copahu après l'usage d'une tisane, des chancres et de bubons contre lesquels, assure-t-il, il a fait deux fois un traitement mercuriel complet.

Cinq mois avant son entrée aux Vénériens, il est survenu des tubercules disséminés sur le front, les bras, les cuisses; plusieurs de ces tubercules se sont ulcérés et il s'est développé un bubon sous l'aisselle.

Le 23 mai on a prescrit un looch gommeux avec le cyanure de mercure, des applications de pommade de proto-iodure de mercure sur les tubercules ulcérés (1).

Les gencives s'étant trouvées irritées, on a suspendu le 11 juin, et on a repris le 23.

Vers le milieu de juillet les tubercules étaient transformés en taches rouges, qui pâlissaient chaque jour et étaient tout-à-fait dépourvues d'inflammation.

Nous avons cité dans les précédens articles diverses guérisons de syphilides par le proto-iodure de mercure et le cinabre en vapeurs, il est deux autres substances que M. Cullerier emploie fréquemment contre les symptômes consécutifs en général, et dont l'action est au moins aussi puissante que celle du mercure, c'est l'iode seul et la tisane de Feltz. Voici des exemples remarquables de guérisons avec ces substances.

Le 29 mars 1834 a été reçu au n° 32 de la seconde salle un homme dont les ailes et le lobule du nez étaient détruits en partie par des tubercules ulcérés. Cet homme a contracté il y a quatre ans des chancres à la verge et deux bubons, pour lesquels il a fait des frictions mercurielles et a pris la liqueur de Van-Swieten. Six semaines après sa guérison est survenu un ulcère dans le fond de la gorge : frictions mercurielles pendant deux mois. A partir de ce moment il a ressenti des douleurs dans les os des jambes; enfin, il y a un an, il a eu une syphilide générale.

Quatre mois avant son entrée aux Vénériens, un tubercule survint sur une aile du nez, s'ulcéra et envahit le lobule, puis l'autre aile du nez. Il prit inutilement en ville le sirop de Cuisinier pendant trois mois.

Il fut soumis par M. Cullerier à l'usage de l'iode. On lui a fait prendre successivement chaque jour un grain d'iode et huit grains d'hydriodate de potasse. L'amélioration fut des plus rapides, car au bout d'un mois l'ulcération était cicatrisée, et la difformité beaucoup moindre qu'on ne devait s'y attendre. Cet homme sortit guéri après deux mois de séjour.

M. Cullerier emploie la tisane de Feltz très-fréquemment dans la syphilide tuberculeuse, et dans une foule de cas nous en avons observé les meilleurs effets. En voici un exemple remarquable.

Au n° 42 de la seconde salle a été reçu, le 4 février dernier, un paysan de la Basse-Normandie, chez lequel des tubercules de la face s'offraient sous la forme de cette dartre désignée sous le nom d'esthiomène. Cet homme, qui a été long-temps soldat, affirme n'avoir jamais eu d'autre affection syphilitique qu'une blennorrhagie il y a quinze ans environ. Il entra aux hôpitaux militaires, prit de la liqueur et du sirop pendant quarante à quarante-cinq jours.

Six à sept ans après, il survint une exostose à la jambe droite. Il rentra à l'hôpital, y resta trois mois, et fit deux traitemens par la liqueur et par le sirop.

Il y deux ans, il s'est développé un tubercule sur la lèvre supérieure; ce tubercule s'est ulcéré, et, se joignant à plusieurs autres, a rapidement détruit les tégumens de la lèvre ainsi que les ailes du nez. A son entrée aux Vénériens, la face offrait une vaste plaie recouverte d'une croûte épaisse et accompagnée de fort peu d'inflammation. On prescrivit la tisane antimoniale de Feltz, le régime sans sel, et des pansemens avec la pommade de proto-iodure de mercure.

Le 9 février, les croûtes de la face étaient tombées, et la plaie s'annonçait déjà sous un bien meilleur aspect. L'amélioration a marché avec une rapidité remarquable, et cet homme est sorti le 28 avril, la face complètement nettoyée, et ne conservant plus qu'un bouton qui n'était pas de nature syphilitique.

La tisane de Feltz est un médicament très-puissant,

---

(1) Le cyanure s'administre de la manière suivante :

Pr. Eau distillée, une livre;
Cyanure de mercure, huit grains.

Demi-once à une once de ce liquide dans un looch gommeux à prendre en deux doses.

La pommade de proto-iodure se prépare ainsi :

Pr. Proto-iodure de mercure, seize à vingt-quatre grains.
Axonge, une once.

Triturez convenablement.

Cette pommade a une action puissante sur les ulcérations syphilitiques consécutives, et, en général, sur toutes les éruptions de même nature.

et dont on retire les meilleurs effets, surtout lorsque des symptômes consécutifs de syphilis ont résisté à plusieurs traitemens mercuriels. Nous pourrions ajouter à cet exemple un très-grand nombre d'autres que nous avons recueillis aux Vénériens, et qui démontrent de la manière la plus évidente les précieuses propriétés de cette préparation.

La syphilide tuberculeuse est presque la seule qui nécessite des pansemens locaux, et nous rappelerons plus tard, en traitant des ulcères cutanés, tous les topiques de différentes natures que l'on emploie pour leur cicatrisation.

Cette éruption réagissant d'ailleurs quelquefois sur toute l'économie, les saignées générales et locales, les bains émolliens et amilacés, une diète sévère sont nécessaires dans la période aiguë, et ce n'est que lorsque les symptômes inflammatoires sont arrêtés, et que l'éruption ne se montre plus qu'à l'état chronique, qu'on doit recourir à l'un des traitemens généraux que l'on vient d'exposer.

Accouchement d'un enfant à terme ayant deux têtes, quatre bras, deux poitrines, un seul abdomen et trois extrémités inférieures.

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur la lettre suivante, que nous recevons à l'instant de M. Cazes, chirurgien des mines de Montrelais. Le fœtus dont la description s'y trouve relatée est presque semblable au monstre que nous avons observé il y a quelques années à Paris, et auquel on avait donné le nom de Rita-Christina; mais l'observation que l'on va lire est beaucoup plus curieuse pour les praticiens, en ce que M. Cazes nous donne le procédé opératoire suivi pour extraire cet enfant extraordinaire, ce qui n'avait pu être obtenu pour Rita-Christina; en sorte que ce dernier n'avait servi qu'à la science physiologique, tandis que celui dont l'histoire nous est communiquée résout une importante question d'accouchement.

« J'ai l'honneur de vous communiquer un fait qui peut-être n'est pas indigne de figurer dans nos annales chirurgicales :

« Le 13 septembre dernier, sur les onze heures du matin, je fus appelé au bourg de la Chapelle-Saint-Sauveur, arrondissement d'Ancenis, département de la Loire Inférieure, près de Marie Avrillaie, femme de René Renard, ouvrier mineur, laquelle, depuis le commencement de la journée, ressentait les douleurs de l'enfantement.

« Séparé de l'endroit qu'habite cette femme par une distance d'une lieue et demie, je n'arrivai chez elle qu'à midi.

« Je la trouvai sur une mauvaise paillasse étendue au milieu de la chambre; une tête d'enfant était déjà sortie, et quelques voisines, qui avaient essayé de remplir auprès d'elle les fonctions de sage-femme, m'assurèrent que depuis quatre heures au moins les choses étaient dans cet tat.

« Après avoir placé la malade dans une position plus commode, je me mis en devoir de procéder à sa délivrance. Je dégageai d'abord deux bras sans trop de difficulté; et cette circonstance, jointe à la manière dont se présentait l'enfant, me fit croire que j'avais à terminer un accouchement tout naturel. Dans cette persuasion, je voulus extraire le reste du fœtus; mais un obstacle, que je ne pus déterminer, résista à tous mes efforts. Pour le reconnaître, j'introduisis l'index et le médius de la main droite dans la partie postérieure du vagin, et je parvins à dégager un troisième bras, qui me parut être droit et appartenir au corps qui soutenait les deux premiers.

« Ayant tenté de nouveau, sans succès, l'extraction des parties restantes, je pénétrai dans le bassin, et j'atteignis, non sans peine, la région lombaire de l'enfant, sur laquelle je rencontrai une masse charnue et osseuse. En cherchant à la saisir, je m'assurai que c'était une extrémité inférieure; et quand je fus arrivé au jarret, je l'arrachai et l'attirai au dehors.

« Ce ne fut qu'après bien des tentatives, accompagnées de fréquentes fomentations onctueuses, que je réussis à extraire une deuxième, puis une troisième extrémité inférieure; mais la seconde tête et le quatrième bras de cette extraordinaire créature suivirent presque sans efforts les parties déjà dégagées.

« Le résultat de cette opération, qui s'est prolongée pendant une heure et demie, est un enfant mort, venu au terme de neuf mois, pesant neuf livres et demie, et ayant dix-huit pouces de longueur sur une largeur de huit.

« Il porte sur un même corps, qui se sépare au-dessus de la région épigastrique, deux têtes de grosseur ordinaire, auxquelles il ne manque rien, et dont tous les traits sont de la plus parfaite régularité.

« Quatre bras sont naturellement attachés à ses quatre épaules, qui n'ont rien de difforme.

« Ses deux poitrines sont bien distinctes, et ressemblent à celles des autres enfans venus à terme comme lui.

« Il n'a qu'un seul ventre, qu'un seul cordon ombilical, qu'un seul anus.

« Il est cependant pourvu de deux parties sexuelles du genre féminin bien marquées, et très-rapprochées l'une de l'autre.

« Deux extrémités inférieures, parfaitement conformées, étaient destinées à soutenir ce groupe, qui porte à sa région lombaire une troisième extrémité inférieure, attachée de manière à former une troisième fesse. Ce membre est terminé par un double pied qui est garni de neuf doigts.

« Vu de face, ce phénomène offre l'aspect de deux enfans couchés l'un sur l'autre; mais, quand on le considère postérieurement avec un peu d'attention, il est facile de reconnaître que la partie gauche de ce double enfant croise et entrelace sa partie droite, et que l'extrémité inférieure attachée à la région lombaire est

formée par la réunion des deux extrémités inférieures, qui appartiennent à la première de ces parties.

« Malgré les difficultés que présentait un accouchement de cette nature, j'ai été assez heureux pour le terminer sans accident.

» Le lendemain soir, vingt sangsues ont été appliquées, par mes conseils, au périnée et à la vulve de la femme Renard, qui est aujourd'hui à son douzième jour, sans avoir éprouvé le moindre symptôme alarmant.

« L'enfant n'a reçu ni mutilation ni déchirure; et si j'avais été près de la malade lorsque la première tête s'est présentée au passage, j'aurais peut-être eu la satisfaction de le remettre vivant à sa mère, qui a bien voulu m'en abandonner les précieux restes. »

MÉDECINE LÉGALE.

—

Questions relatives au viol. — La défloration a-t-elle eu lieu? — Quelles sont les causes qui peuvent opérer la défloration? — Moyens de distinguer si la défloration est récente ou ancienne? — Quelles sont les traces de violences que l'on peut trouver sur les parties génitales, sur les diverses parties du corps ou sur les vêtemens, dans les cas de viol? — Ces traces de violence sont-elles le résultat possible d'un viol, ou doivent-elles être attribuées à toute autre cause?

M.

Mes deux lettres précédentes ont eu pour but de vous donner d'abord une idée d'une expertise en matière de viol, et ensuite de vous rappeler certaines dispositions anatomiques que la pratique de la médecine fait peu à peu perdre de vue. Je vais actuellement vous présenter le tableau des diverses questions qui pourraient vous être adressées par les magistrats, et vous fournir les moyens de les résoudre, en tant, toutefois, que les données médicales peuvent le permettre. Voici ces questions : 1° *La défloration a-t-elle eu lieu?* Vous sentez toute l'importance de cette demande. Une réponse affirmative peut devenir une des preuves les plus certaines du viol, et la négative n'exclut pas la possibilité d'une tentative de ce crime. 2° *Dans le cas où la défloration aurait eu lieu, est-elle récente ou ancienne?* La défloration, comme indice de viol, est de nulle valeur si elle est ancienne, et par conséquent le magistrat doit engager le médecin à s'expliquer sur ce fait. 3° *A quel genre de cause la défloration doit-elle être rapportée?* Question délicate, mais qui sera toujours posée par un magistrat éclairé, ou qui doit être soulevée par un médecin qui n'ignore pas qu'il existe des causes nombreuses en dehors de l'acte de la copulation qui puissent amener ce résultat. 4° *Existe-t-il sur les parties génitales, sur les diverses parties du corps, ou sur les vêtemens, des traces de violence que l'on puisse rattacher au crime de viol ou à la tentative de ce crime?* Les preuves matérielles du viol ne se déduisent pas seulement du désordre des parties génitales. L'auteur de ce crime est souvent obligé de lutter contre la résistance de sa victime, et il reste fréquemment des traces matérielles de cette lutte préliminaire. 5° *Existe-t-il des traces d'une infection vénérienne?* Il arrive parfois que la personne accusée de viol porte une blennorrhagie, des chancres ou d'autres symptômes syphilitiques. On a un grand intérêt à savoir si la personne violée n'offre pas la même affection; circonstance qui vient à l'appui de l'accusation dans le cas de l'affirmative.

Telles sont les questions principales que je vais vous faire passer successivement en revue dans cette lettre et dans les suivantes.

1re. *La défloration a-t-elle eu lieu?* Ce que l'on entend par le mot virginité doit être pris par le médecin dans une acception toute matérielle. Le caractère physique essentiel de la virginité, c'est l'existence de la membrane hymen. Un médecin est autorisé à dire qu'une fille *n'a pas été déflorée*, lorsque la membrane hymen existe encore. Suivant moi, l'acte du viol n'est consommé qu'autant que la femme a été déflorée; et entre la tentative du viol et son accomplissement il y a des nuances infinies qui se rapportent toutes à la tentative. Peu nous importe que la tentative soit punie comme le crime même, c'est le fait matériel que nous devons établir. Mais, dira-t-on, la défloration est chose illusoire, puisqu'il est prouvé : 1° que les parties génitales de certaines femmes ont pu permettre l'introduction d'un membre viril sans que la défloration ait eu lieu; 2° que la membrane hymen peut manquer, ou ne consister que dans des filamens membraneux qui réunissent les caroncules myrtiformes; 3° que des femmes sont devenues mères en conservant leur membrane hymen.

Et d'abord, sur quel fait s'appuie-t-on pour démontrer la première proposition? Sur cette opinion de Séverin-Pineau, qui admet le relâchement de cette membrane pendant l'époque des règles, relâchement porté assez loin pour permettre l'introduction du membre viril, et à ce sujet il cite les deux exemples suivans : « Deux hommes *judicieux* ayant *épousé* deux filles *de pudicité notable* dans la circonstance où l'hymen permet à une fille le plaisir sans défloration, furent sur le point de quitter leurs femmes; mais les choses ayant changé de face, ils eurent *grand travail à rentrer dans une carrière* qu'ils avaient parcourue d'abord avec tant de facilité, et ils reconnurent l'injustice de leurs soupçons. » Sont-ce là des observations qui puissent faire foi dans les sciences?

Relativement à la seconde objection, il est alors impossible de déclarer, d'après l'inspection seule de l'hymen, si la défloration a ou n'a pas eu lieu. Mais remarquons que ces cas sont excessivement rares, car tous les anatomistes de nos jours, si nous en exceptons M. Capuron, qui ne l'a pas trouvé chez un enfant nouveau-né, n'ont jamais vu manquer l'hymen. Heister et Graaf pensent que l'hymen disparaît peu à peu, et au

fur et à mesure que les filles grandissent. Ce fait a encore été remarqué par eux seuls.

Quant à la troisième objection : Mais de ce que la membrane hymen existe, cela ne prouve pas que des tentatives de viol n'aient pas eu lieu, mais seulement que l'acte de la copulation n'a pas été complètement accompli. Dira-t-on que c'est une singulière virginité que celle d'une fille qui, à l'instar de celle citée par Gavard, gagne à treize ans la maladie vénérienne dans un lieu public, tout en conservant la trace de sa virginité! Et pourquoi ne serait-elle pas aussi vierge qu'une enfant de quatre ans, que j'ai visitée en août 1834, et à laquelle un jeune homme de vingt-deux ans avait donné une blennorrhagie très-intense, en frottant sa verge contre ses parties génitales; la membrane hymen avait été conservée intacte. M'objectera-t-on encore des cas cités par Ruisch et Baudelocque, que je vous rapportais dans ma dernière lettre? Et pourquoi ces femmes ne seraient-elles pas vierges, en ce sens que le caractère de la virginité n'a pas été détruit, et que l'introduction du membre viril n'a pas eu lieu dans le vagin? Et aussi ceux rapportés par Mauriceau, Macker, Walter, Capuron et autres? Telles sont, suivant nous, les règles qui doivent guider le médecin légiste. Il ne faut pas voir en médecine légale la virginité morale, mais bien la virginité matérielle. Laissons aux magistrats et aux jurés le soin de constater l'atteinte morale à la pudeur, et contentons-nous de les éclairer sur les désordres matériels qui peuvent avoir été l'effet des tentatives commises.

En résumé, tout ce qui se rattache à la défloration peut se réduire à ceci : 1° si la membrane hymen existe, la défloration n'a pas eu lieu; 2° si elle n'existe pas, la défloration a, dans les neuf cent quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas, été opérée; 3° l'existence de la membrane hymen ne prouve pas que des tentatives de viol n'aient pas été exercées.

2° *Quelles sont les causes qui peuvent opérer la défloration ?*

Ces causes sont de deux ordres : *A* les agens mécaniques; *B* les maladies.

Tout corps étranger introduit dans le vagin, et dont le volume excède assez notablement le diamètre possible de l'ouverture de ce canal, pourra opérer la rupture de la membrane hymen et sa transformation en caroncules myrtiformes, si ce corps est introduit *brusquement* et avec *force*. Tout corps étranger, fut-il d'un diamètre en rapport avec celui du vagin, pourra distendre la membrane hymen, l'alonger, diminuer sa hauteur, augmenter son étendue, et tendre à la faire disparaître de manière à ce qu'elle ne consiste plus qu'en une sorte de ruban placé à l'entrée du vagin, et alors les caroncules myrtiformes n'existeront pas, ou seront très-peu prononcées. C'est là le fait ordinaire de la masturbation, de l'introduction graduée et répétée d'étuis ou de cylindres de plus en plus gros dans le vagin, dans le but de se procurer de cette manière des jouissances que les mœurs réprouvent : l'onanisme en offre tous les jours des exemples. Un saut, l'élargissement subit des cuisses, l'introduction d'un pessaire ou d'un moyen explorateur, comme un *speculum uteri*, des verres, des pots de pommade, des étuis, des courses à cheval, alors qu'on monte en cavalier, sont autant de causes physiques qui peuvent détruire la marque la plus certaine de la virginité.

Plusieurs affections morbides peuvent opérer le même résultat, alors qu'elles entraînent à leur suite des ulcérations; telle serait une affection vénérienne, une maladie scrophuleuse, une sécrétion d'humeur âcre qui irrite les parties génitales, les enflamme et les altère.

Enfin, quelques auteurs admettent, Fodéré et Belloc, par exemple, que les efforts de la menstruation peuvent opérer la rupture de la membrane hymen; que cette membrane peut être déchirée par un caillot de sang plus gros que l'ouverture qu'elle présente. Ces faits ne sont applicables qu'à une membrane imperforée.

La conséquence des faits énoncés dans ce paragraphe est que, si la membrane hymen est détruite, il faut rechercher à quelle cause elle doit d'avoir disparu.

Moyens de distinguer si la défloration est récente ou ancienne.

Quand la défloration est récente, et qu'elle dépend d'une cause physique, elle offre tous les caractères d'une solution de continuité des parties molles (plaie); elle est déchirée en plusieurs lambeaux; les bords de la déchirure sont inégaux, saignans, frangés, plus rouges que le reste de la membrane; ils peuvent fournir une légère suppuration, mais, le plus souvent, ils n'en donnent pas; ils sont douloureux au toucher; en un mot, c'est l'aspect d'une plaie récente sur une membrane de peu d'étendue, plaie qui intéresse toute l'épaisseur de cette membrane. Aussi y a-t-il effusion de sang, et cette effusion de sang a-t-elle toujours été regardée comme un caractère assez probant, surtout lorsqu'il donne lieu aux deux genres de taches que nous décrirons plus loin. Nul doute qu'il ne doive se montrer dans la défloration d'une vierge, et par conséquent lorsque l'hymen est encore intact. Mais, dans des circonstances fort rares, il est vrai, il peut aussi avoir lieu lorsqu'une femme a été deflorée. C'est le cas où les parties génitales très-étroites reçoivent un membre viril très-fort; néanmoins les cas contraires son beaucoup plus communs.

Quand la défloration est ancienne, on ne peut pas lui assigner une époque, et, en matière de viol, une defloration est ancienne au bout de huit à dix jours.

La défloration qui dépend d'une affection morbide ne peut être bien constatée qu'alors même que cette affection, qui amène les ulcérations, existe encore, et c'est en constatant les caractères de ces ulcérations placées sur la membrane elle-même, que l'on peut par-

venir à apprécier la source de sa destruction. Une fois les ulcérations guéries, il ne reste plus que des cicatrices qui n'apportent jamais une conviction complète dans l'esprit de l'expert, quoique quelquefois elles puissent laisser des traces de leur existence.

Vous n'attacherez aucune valeur au changement qui survient, dit-on, dans la voix, et qui est évidemment un des phénomènes de la puberté, phénomène qui ne peut pas se montrer du jour au lendemain; non plus qu'à celui du cou, auxquels les matrones romaines accordaient tant de confiance chez les jeunes mariées.

Enfin, quelques auteurs ont prétendu qu'il existait des hommes dont l'odorat était tellement fin qu'ils savaient distinguer l'approche d'une fille vierge, de celle d'une fille déflorée. Démocrite était, dit-on, un de ces hommes qui, à l'apparence, portaient un jugement certain. Le cas de cet aveugle qui s'aperçut que sa fille venait de céder à son amant, est très-facile à concevoir à cause de l'odeur spermatique qu'elle répandait probablement. Quant à ce moine de Prague dont l'odorat était encore plus fin que celui de l'aveugle, puisqu'il reconnaisait le même fait, ancien ou récent, nous prenons ces rapports comme probablement ils nous ont été transmis. Mais ces phénomènes persistent pendant un laps de temps fort court, et déjà, après trois ou quatre jours, ils ont en grande partie disparu. Les lèvres de la plaie se sont cicatrisées plus ou moins parfaitement, et l'on ne trouve que les débris de la membrane. Alors, il n'est plus possible de dire si la défloration a été récente ou ancienne.

Nous ne poserons pas, à l'instar de M. Orfila et de plusieurs autres auteurs, la question de savoir s'il y a des moyens de distinguer la défloration qui dépend de l'introduction d'un membre viril, d'avec celle qui dépend de l'introduction d'un corps étranger d'une autre nature; non plus que cette autre question : La défloration a-t-elle été consentie ou forcée? Les détails dans lesquels nous venons d'entrer feront assez sentir qu'il est impossible de résoudre la première question, et quant à la seconde, elle est du ressort des magistrats et non du médecin. Un seul fait médical peut l'éclairer: ce sont les traces de violences que nous décrirons plus bas; mais ces violences pouvant avoir été commises dans des buts bien différens, il appartient seulement au magistrat d'apprécier les intentions de leurs auteurs.

Quelles sont les traces de violence que l'on peut trouver sur les parties génitales, sur les diverses parties du corps, ou sur les vêtemens, dans les cas de viol ou de tentatives de viol.

1° Aux parties génitales. Lorsque des tentatives de viol ont été faites sur une femme qui a eu des enfans, ou qui a eu des rapports avec des hommes, on ne constate presque jamais de traces de violence, parce que, comme les parties génitales sont naturellement assez larges pour permettre l'introduction du membre viril, de deux choses l'une : ou la femme a conservé toute sa connaissance, et alors elle s'oppose à l'accomplissement de l'acte vénérien; ou, au contraire, elle est, par des circonstances diverses, dans l'impossibilité d'opposer de la résistance, et alors l'acte vénérien s'exécute sans violence. Toutefois, je ne présenterai pas ces données d'une manière tout-à-fait absolue, mais comme l'expression des cas les plus généraux.

Il n'en est pas de même chez une vierge ou chez une enfant: chez une vierge, parce que les parties génitales sont naturellement et ordinairement étroites, que la membrane hymen existe, et que l'auteur du crime ne peut saisir qu'un moment dont il profite pour satisfaire sa brutalité; chez un enfant, parce qu'alors la disproportion est tellement grande qu'il est impossible que l'introduction du membre viril n'amène pas des désordres plus ou moins notables.

Ces désordres consistent dans des contusions, froissement du pénil, des grandes lèvres, des excoriations, déchirures de la membrane muqueuse des parties génitales externes, avec ecchymoses sous-muqueuses, injections vasculaires au voisinage des excoriations, déchirure de la membrane hymen, quelquefois déchirure de la fourchette, et enfin excoriation de la membrane muqueuse qui tapisse le vagin.

Mais, dira-t-on, tous ces désordres ne pourraient-ils pas être aussi bien produits par un corps étranger que par un membre viril? Nul doute à cet égard, et il y a plus, un corps étranger plus dur produirait tous ces effets avec beaucoup plus de facilité. On sait que plus d'une jeune fille a été obligée d'appeler un chirurgien à son secours pour extraire des corps étrangers qu'elle s'était introduits dans le vagin. Nous tirerons plus tard des conséquences de ces faits.

Sur les diverses parties du corps, et principalement aux aines, aux cuisses, aux poignets, aux seins, on peut trouver des traces de pressions brusques et fortes, se dessinant par des taches noires évidemment dues à la peau ecchymosée.

Enfin, les linges, et principalement la chemise, peuvent présenter deux ordres de taches sur lesquelles nous allons appeler l'attention, parce qu'elles peuvent établir les preuves les plus fortes du viol.

Ces taches sont de deux espèces, et occupent sur la chemise deux positions différentes. Les unes sont situées sur le devant de la chemise, les autres sur le derrière; au moins c'est la disposition la plus commune. Les taches placées sur le devant de la chemise offrent tous les caractères du sperme; elles sont d'un blanc grisâtre, circonscrites, arrondies, et terminées par une ligne d'une coloration plus foncée; le tissu est empesé. Si la tentative de viol est récente, ces taches peuvent, alors même qu'elles sont sèches, répandre l'odeur spermatique. Soumises à l'analyse, elles fournissent tous les caractères du sperme.

Les taches placées sur le derrière de la chemise paraissent être pour la plupart formées par du sang, mais elles se présentent ordinairement sous deux aspects différens. Les unes sont d'un rouge brunâtre, plus petites, riches en matière colorante, et d'une coloration égale

dans toute leur surface. Les autres sont d'un rouge beaucoup plus clair, ou mieux d'un jaune rougeâtre; elles ont plus d'étendue, sont plus claires à leur centre, et limitées à leur circonférence par un cercle de matière colorante rouge, d'une couleur, par conséquent, plus foncée que le reste de la tache. Les premières sont formées par le sang pur qui a été répandu au moment du coït, les secondes par une sérosité sanguinolente, un suintement séro-sanguinolent de moins en moins coloré, et tout-à-fait analogue à celui que l'on observe dans les plaies par instrument tranchant, alors qu'elles cessent de donner du sang. Cette situation respective des taches n'est pas tellement constante qu'il ne puisse exister quelques taches de sang ou de sérosité sanguinolente sur les devant de la chemise, et quelques taches de sperme en arrière; mais nous la regardons cependant comme la plus commune.

Ces traces de violence sont-elles le résultat possible d'un viol, ou peuvent-elles être attribuées à toute autre cause?

La réponse est affirmative dans les deux cas; car, puisque nous avons dit que les corps étrangers autres que le membre viril pouvaient produire plus facilement les mêmes désordres, il ne peut pas y avoir doute à ce sujet. Ces causes différentes peuvent opérer les mêmes effets. Cependant, examinons dans quelles circonstances on pourrait simuler ce crime? Alors qu'une mère aurait intérêt à tirer parti du déshonneur de sa fille ou de son jeune enfant. Mais, dans ce cas, quelle serait la femme assez avide pour mutiler son enfant à ce point? Dira-t-on qu'une fille adonnée à la masturbation pourrait présenter des traces de violence analogues, si elle s'était servie d'un corps dur pour se livrer à cet acte, corps étranger qu'elle aurait introduit avec trop de violence dans un moment d'égarement? Je suis loin de nier la possibilité de ce fait; les fastes de l'art contiennent trop de cas d'opérations faites dans le but d'extraire du vagin des corps étrangers dont l'introduction n'avait pas eu une autre origine. Mais alors une habitude portée à ce point n'a-t-elle pas du retentissement dans les familles, et l'attention du médecin ne pourra-t-elle pas être éveillée sur de semblables manœuvres? Et ensuite, combien peu de filles consentiraient à se produire un déchirement aussi douloureux, et à perdre par ce fait seul le cachet de leur virginité, pour être à même de porter une accusation de ce genre! Quelques auteurs ont rapporté des cas de viol simulé. Fodéré, entre autres, cite le suivant : Plusieurs individus sont accusés par une femme d'avoir violé, dans une auberge, sa petite fille, âgée de neuf ans et demi. On trouve les parties sexuelles parfaitement intactes : le petit doigt ne pouvait entrer dans le vagin; toutefois, il y avait au pubis et à la partie supérieure de la vulve un cercle rouge de la largeur d'un écu de six francs, qui paraissait avoir été fait récemment, et dont l'intensité et l'étendue diminuaient insensiblement. Il était hors de doute que l'aïeule avait meurtri cet enfant dans l'espoir d'avoir des dommages et intérêts. Elle fut emprisonnée et chassée de la ville. » (*Med. lég.*, tome IV.) « Pour les filles artificieuses, a dit Voltaire, qui se plaindraient d'avoir été violées, il faudrait leur conter comment une reine éluda autrefois l'accusation d'une plaignante. Elle prit un fourreau, et le tenant sans cesse en mouvement, elle fit voir à la dame qui tenait une épée qu'il lui était impossible de la replacer dans son enveloppe. »

En résumé, s'il est facile de constater des altérations, des violences, il n'est presque jamais possible d'en assigner la cause, alors que pour élément de conviction on n'a pas d'autres documens que les résultats matériels de l'action; mais ces résultats matériels acquièrent alors une grande valeur aux yeux des magistrats et des jurés, quand on y joint tous les autres documens de l'instruction. D'où il résulte que le médecin devra faire sentir que ces effets peuvent être le résultat de plusieurs causes différentes. A. D.

Considérations sur quelques cas de flueurs blanches chez les petites filles avant l'époque de la puberté.

On trouve dans une brochure publiée par M. Touchard, chirurgien à Mont-Louis (Indre-et-Loire), quelques observations de flueurs blanches sur lesquelles nous allons arrêter l'attention de nos lecteurs.

Une petite fille de trois ans et demi, blonde et très-grasse, se trouve tout-à-coup atteinte d'un écoulement blanc; cette enfant, qui semblait d'une excellente constitution, était issue de parens sains et avait été nourrie par sa mère jusqu'à dix-huit mois. M. Touchard hésitait sur la cause de cet écoulement inattendu dans un âge si tendre, lorsqu'il apprit que depuis quelque temps cette petite fille avait eu des convulsions occasionées par la dentition qui ne s'opérait qu'avec peine; il reconnut alors une liaison entre l'écoulement et l'état des gencives : au bout de huit jours, en effet, les dents ayant fait saillie à l'extérieur, les convulsions ne reparurent plus et les flueurs blanches cessèrent entièrement.

Une autre petite fille de quatre ans était atteinte, depuis plus d'une année, d'un écoulement verdâtre abondant. La petite malade était d'une maigreur effrayante; elle ne pouvait rester debout plus de quatre à cinq minutes; ses yeux étaient mornes, ses joues creuses, son haleine fétide. Les parties génitales laissaient échapper en grande quantité un liquide infect, épais et verdâtre. La mère avait depuis dix-huit ans un écoulement semblable, si abondant que les parties génitales en étaient excoriées.

M. Touchard ordonna qu'on fît prendre à l'enfant, tous les matins à jeun, un gros de sirop d'absinthe, en augmentant progressivement la dose jusqu'à six gros le matin et autant le soir; il prescrivit en outre deux injections par jour avec une infusion vineuse de roses rouges, de plus une bonne nourriture, une abstinence

complète de viandes salées, et pour boisson habituelle de vin vieux rouge coupé avec un tiers d'eau ferrée.

Six semaines après ce traitement commencé, les fleurs blanches devinrent bien moins abondantes plus transparentes et moins infectes. Le sirop d'absinthe fut supprimé et remplacé par l'eau ferrée, dans laquelle on fit infuser par pinte une forte pincée de fleurs d'orties blanches, à la dose d'abord d'un quart de verre le matin, et d'un quart de verre le soir, puis d'un demi-verre matin et soir.

Quatre mois plus tard il ne restait plus qu'un écoulement d'un blanc transparent, sans consistance et inodore, qui disparu complétement au bout d'un autre mois, au moyen de la térébenthine prescrite de la manière suivante. Tous les matins pendant les quatre premiers jours une pilule de deux grains de térébenthine; tous les matins, pendant les quatre jours suivans, deux pilules d'un grain chaque de térébenthine, plus quatre autres pilules d'un grain chaque le soir; les huit jours suivans, quatre pilules d'un grain chaque le matin et autant le soir; enfin cette substance fut portée jusqu'à huit grains le matin et autant le soir.

Réflexions. Nous avons cité ces deux observations contenues dans la brochure de M. Touchard, afin de rappeler un point de pratique fort important et dont l'oubli pourrait avoir les conséquences les plus funestes, c'est la fréquence de ces écoulemens chez les jeunes filles, depuis la première enfance jusqu'à l'époque de la menstruation. Rien n'est plus ordinaire en effet que de rencontrer, surtout dans les grandes villes, où le défaut d'exercice, l'air vicié que l'on y respire et souvent les manœuvres coupables auxquelles se livrent les enfans, prédisposent à cette maladie, des écoulemens verdâtres, d'une odeur infecte, qui pourraient facilement être pris pour des blennorrhagies syphilitiques. Nous avons vu de petites filles de huit à dix ans, dont l'écoulement était si abondant qu'elles étaient forcées d'envelopper les parties génitales de serviettes, comme le font les femmes à l'époque des règles. La supposition d'un viol, ou tout au moins d'une infection syphilitique, est donc extrêmement commune dans ces cas, et nous commettrions de graves erreurs si nous ne savions que ces écoulemens tiennent presque toujours à toute autre cause.

C'est ce qui est arrivé dans une affaire célèbre, celle de Contrafatto, dans laquelle M. Paul Dubois, ayant été consulté, déclara que l'accusation ne pouvait tirer aucun parti de l'écoulement qu'on observait chez la jeune fille violée, parce que cette maladie était si commune à cet âge, qu'elle ne pouvait indiquer l'existence d'un viol.

A l'hôpital des Vénériens, où l'on reçoit un assez grand nombre de filles non pubères, qui ont eu des rapports, soit volontaires, soit forcés, avec des hommes, nous observons aussi très-fréquemment des écoulemens blanchâtres ou verdâtres, accompagnant des traces de violences aux parties génitales; mais la promptitude avec laquelle ces écoulemens disparaissent en général excluent toute idée d'une infection syphilitique, et nous portent à croire qu'ils sont dus, soit au frottement exercé par le membre viril, soit plutôt aux habitudes de masturbation qu'on rencontre chez la plupart des petites filles de cette classe. La surveillance qu'on exerce sur elles pendant leur séjour à l'hôpital et la crainte des châtimens les forcent à suspendre ces attouchemens dangereux, et elles sortent au bout de quelques semaines débarrassées du flux utéro-vaginal qui ne tarde sans doute pas à reparaître lorsqu'elles sont rendues à leurs habitudes de misère et de débauches.

Nous avons vu aussi quelquefois des écoulemens rouges chez les petites filles du premier âge; cet accident, qui alarme beaucoup les parens, ne nous a pas paru avoir d'inconvéniens graves, car au bout de quelques jours il a constamment disparu de lui-même.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

OCTOBRE 1835.

N° 40. — 3 OCTOBRE.

Nouvelles observations sur le traitement des bubons vénériens par les vésicatoires ; par M. REYNAUD, professeur à l'école de médecine de la marine, à Toulon.

La GAZETTE MÉDICALE du samedi 1er août 1835 renferme un article sur la méthode que j'ai proposée pour le traitement des bubons, qui me porte à croire qu'on n'a pas parfaitement compris ma méthode, et surtout les intentions qui me dirigent dans son application.

Un des avantages que je cherche à obtenir, d'après M. Ristelhueber, c'est de fixer le principe morbifique et de le saturer dans le lieu même où il a signalé sa présence : en d'autres termes, d'anéantir par des applications locales l'infection syphilitique, dont le bubon est bien souvent un symptôme.

Telle n'est nullement mon intention et mon espoir. Pour mon compte, le traitement du bubon par ma méthode n'est qu'un traitement local propre à combattre le bubon lui-même, et nullement l'infection qui lui donne lieu, et je joins toujours à ce traitement, dans les cas de bubons syphilitiques, l'administration générale du mercure. Je dirai même que, désireux de pousser cette méthode jusqu'à ses dernières limites et de lui faire produire tous les résultats qu'elle était susceptible de donner, j'ai cherché à l'employer seule chez plusieurs malades, sans l'aider par un traitement général ; et que des insuccès bien constatés, des symptômes franchement consécutifs m'ont prouvé son insuffisance, et m'ont forcé de ne voir en elle qu'un traitement purement local, ainsi que je l'annonçais déjà en 1832 dans une note présentée à l'Académie royale de médecine.

Les vésicatoires convenablement employés favorisent la résolution des bubons indurés avec bien plus de rapidité que les fondans et les résolutifs ordinairement mis en usage ; mais c'est principalement dans les cas où la suppuration est déjà établie, et où l'ouverture de l'abcès était jusqu'à présent la dernière et l'indispensable ressource, que les vésicatoires donnent les résultats les plus avantageux.

De tous temps, nos salles de vénériens avaient été encombrées d'hommes à plaies sinueuses, dont les bords décollés, renversés, squirrheux, les retenaient de longs mois dans les hôpitaux, et forçaient fréquemment à leur faire souffrir des excisions douloureuses. Frappé de ces graves inconvéniens, je me mis, dès que je fus chargé du service des vénériens de la marine de Toulon, à rechercher avec persévérance les moyens d'empêcher ces fâcheux résultats.

J'ai employé pendant long-temps, et sur un grand nombre de malades, tous les moyens proposés pour donner issue au pus, lorsque j'avais vainement tenté d'en prévenir la formation. J'ai fait aux bubons, avec l'instrument tranchant, des ouvertures dans toutes les directions et de toutes les grandeurs. J'ai pratiqué ces ouvertures dès l'apparition du pus, et alors qu'il n'était pas encore réuni en foyer, et j'ai attendu d'autres fois que la collection fût parfaitement formée, et que toutes les indurations du voisinage de l'abcès fussent détruites, comme on le dit, par la fonte purulente. J'ai souvent attendu que la peau fût très-amincie, ou même que la nature donnât elle-même issue au pus. J'ai appliqué la potasse caustique sur les bubons à toutes les époques de leur durée ; je les ai ouverts avec le cautère actuel, et je me suis servi tour à tour de cautères en roseau de deux, de trois, de quatre lignes de diamètre.

J'ai employé tous ces moyens comparativement sur des hommes placés dans les mêmes circonstances extérieures ; je les ai plusieurs fois employés comparativement aussi sur des malades atteints de plusieurs bubons, et après des essais variés de mille manière, j'étais arrivé à ce résultat, que les petites ouvertures sont plus avantageuses pour donner issue au pus que les grandes incisions ; que la potasse caustique vaut mieux que l'instrument tranchant ; que le cautère actuel est préférable à la potasse caustique et à l'instrument tranchant, et que les cautères en roseau de quelques lignes de diamètre doivent être préférés à tous les autre cautères.

Mais malgré tous mes efforts, de nombreux malades présentaient souvent encore des plaies blafardes et à bords renversés, des décollemens et des destructions de peau qui prolongeaient indéfiniment leur séjour dans mes salles, et que la pourriture d'hôpital envahissait encore fréquemment.

J'avais quelquefois tenté d'appliquer des vésicatoires sur les bubons à diverses époques de leur développement ; le peu de succès de mes expériences m'avait fait abandonner à peu près ce moyen, lorsque les observations insérées par le docteur Malapert dans les *Archives générales* de mars 1832, vinrent ranimer mes espérances. Je me remis aussitôt à l'œuvre : j'appliquai d'abord le vésicatoire et les plumasseaux trempés dans la dissolution de 20 grains de deuto-chlorure de mercure par

once d'eau distillée, ainsi que l'indique le docteur Malapert; mais bientôt je crus devoir modifier cette méthode, et je me suis arrêté après de nombreux tâtonnemens à celle que je vais dire, et qui m'a habituellement réussi dans les cas très-nombreux où je l'ai employée.

J'applique sur le centre du bubon un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un franc jusqu'à celle d'une pièce de deux francs, suivant l'étendue de la tumeur. Lorsque la phlyctène est bien formée, je l'enlève et je place sur le derme mis à nu un plumasseau trempé dans une dissolution de 20 grains de deuto-chlorure de mercure dans une once d'eau distillée. Deux heures après, la plaie est occupée par une escarre superficielle. Je réapplique un nouveau plumasseau dans les cas rares où l'escarre n'est pas parfaitement formée, et je recouvre ensuite toute la tumeur d'un large cataplasme émollient. L'escarre ne tarde pas à se détacher; la plaie du vésicatoire guérit en quelques jours, et le bubon que je continue à panser avec un cataplasme émollient, disparaît quelquefois entièrement avec elle. Dans tous les cas, il prend une marche rétrograde, et ne tarde pas à céder complétement à une deuxième ou troisième application.

On m'objectera peut-être que dans les adénites aiguës et dans les adénites indolentes, le moyen que je propose n'est point indispensable, puisque les unes et les autres cèdent quelquefois aux antiphlogistiques, aux résolutifs, aux fondans, etc.; mais ces agens, quoique souvent utiles, sont loin de réussir constamment; mais lorsque, comme la chose a malheureusement lieu trop souvent, les malades ne réclament des soins que quand déjà les bubons sont en pleine suppuration, ou lorsque, ce qui arrive bien souvent aussi, malgré les antiphlogistiques et les résolutifs les mieux dirigés, le travail pyogénique s'est établi, il ne restait bien évidemment jusqu'à présent qu'une seule indication, celle de donner issue au pus. Alors, quel que fût le procédé employé pour ouvrir l'abcès, il n'était plus possible de prévoir le terme de la maladie.

Eh bien! c'est contre les bubons en suppuration, lorsque l'ouverture de l'abcès et ses suites funestes étaient jusqu'à ce jour inévitables, que j'ai obtenu les succès les plus prompts et les plus constans, et c'est sur l'emploi de ma méthode dans ces cas particuliers que je vais m'arrêter quelques instans.

Le premier effet du vésicatoire et du plumasseau escarrotique est l'épaississement marqué de la peau qui recouvre le foyer. Trente-six ou quarante-huit heures après la formation de l'escarre, et dès que cette escarre commence à se détacher, il se fait une filtration de liquide séro-purulent à travers le derme aminci. Cette filtration augmente à mesure que l'escarre tombe, et devient quelquefois très-abondante après sa chute complète. Pendant ce temps, le bubon s'affaisse, et ses parois, dans lesquelles le vésicatoire a déterminé une vive inflammation adhésive, se recollent de la circonférence au centre.

Souvent le premier vésicatoire ne suffit pas pour laisser transsuder tout le pus, ou du moins tous les élémens les plus liquides du pus contenu dans l'abcès; le recollement s'opère seulement dans une certaine étendue, le foyer se trouve circonscrit dans des limites plus étroites, mais une nouvelle application est nécessaire pour achever la guérison.

Quelquefois, soit que la peau soit trop amincie, soit que cette enveloppe ne présente pas la même densité et la même résistance chez tout les individus, ou que le vésicatoire agisse avec plus d'énergie dans certains cas, l'escarre donne lieu à un pertuis capillaire par lequel le bubon se vide lentement; mais l'inflammation de ses parois n'en suffit pas moins pour en déterminer l'adhésion, et la guérison a lieu avec la même rapidité.

Quelquefois enfin, et ces cas sont fort rares, le vésicatoire et le plumasseau escarrotique agissant sur une peau plus amincie encore, la détruisent, dans toute son épaisseur, et font un emporte-pièce fort semblable à celui que produit la pierre à cautère. Mais le recollement des parois de l'abcès a encore ordinairement lieu comme dans les cas précédens; et après quelques jours, il ne reste plus qu'une plaie simple, que quelques pansemens bien dirigés feront aisément cicatriser.

Dans ce cas, qui est sans contredit le plus fâcheux et qui se présente très-rarement dans mon service, les malades sont dans les conditions de ceux sur lesquels on a employé la potasse caustique ou le cautère actuel, et moins exposés même que ceux-là aux décollemens de peau et aux trajets fistuleux, le vésicatoire agissant bien plus puissamment que ces premiers moyens pour déterminer l'adhésion des parois de l'abcès. Il ne faut pas perdre de vue, du reste, que toutes les fois que la peau est très-amincie, on doit surveiller attentivement l'action du plumasseau escarrotique, ne le laisser qu'une heure s'il paraît agir rapidement, et éviter le plus possible la destruction complète du derme.

Enfin, lorsque les hommes se présentent dans mes salles avec des trajets fistuleux plus ou moins profonds, et plus au moins anciens, et que ces affections résistent aux injections irritantes avec les dissolutions de potasse caustique, de nitrate d'argent, etc., au lieu de me décider à ouvrir ces clapiers, à en détruire les parois par la pierre à cautère, ou à les traverser par des bandelettes à séton, comme on le fait d'ordinaire, j'ai encore recours au vésicatoire tel que je le mets en usage dans les bubons, et je parviens souvent par ce moyen à faire recoller les parois du trajet fistuleux et à obtenir une guérison solide.

Je n'ai voulu m'occuper ici que du traitement local des bubons, traitement applicable quelle que soit l'opinion qu'on professe sur leur formation, sur la nature particulière des causes qui les produisent, et sur leur valeur comme signes d'infection syphilitique. J'exposerai dans un autre article mes travaux sur la syphilis en général, sur la nécessité de la combattre par certains médicamens, et sur les résultats statistiques que j'ai obtenus par les divers traitemens que j'ai successivement essayés.

Reynaud.

Lettre sur l'emploi du chlore dans le choléra; par M. le professeur A Dugès, de Montpellier.

Je viens de lire dans la Gazette médicale un article de M. Richard sur l'emploi du chlore inspiré par les poumons; les bons effets qu'il dit avoir obtenus de cette méthode m'engagent à vous donner connaissance d'un essai dont je n'osais, pour ainsi dire, point parler encore, attendant quelque nouvelle occasion de lui donner plus de consistance; ces occasions se sont éloignées de plus en plus, puisque le choléra a totalement cessé à Montpellier depuis près d'un mois, et je prends le parti de publier mon observation telle qu'elle est dans l'espoir d'être utile peut-être encore aux localités qui sont moins heureuses que la nôtre.

L'opinion qui regarde le choléra comme produit par un *empoisonnement miasmatique* se répand de plus en plus: elle est générale actuellement dans le Midi; or, les miasmes dont il dépend ne sont certainement pas de nature plus inorganique que les autres miasmes; il est rationnel de les attaquer non par l'albumine et autres antidotes, opposés avec avantage aux empoisonnemens par des substances métalliques, mais par le *chlore*. C'est ce qu'on fait en partie quand on en répand dans les lieux suspects; c'est ce qu'a voulu faire, jusque dans le poumon des malades, M. Richard. Mais il me paraît que les effets qu'il a obtenus sont plutôt de pure excitation que des effets spécifiques; ils n'en sont pas moins à noter pour cela; mais il est bien évident que l'action première des miasmes cholériques se porte sur l'*appareil digestif;* rien ne prouve qu'il ne soit pas porté directement avec la salive et les alimens dans l'estomac et les intestins, et, tout au contraire, semble indiquer qu'il en est ainsi. C'est donc là qu'il faut l'attaquer et qu'on peut le faire avec bien moins de désavantages que dans le poumon. Tels sont les raisonnemens qui m'ont conduit à proposer l'administration du chlore par les organes digestifs; s'il n'a pas là une action spécifique plus que dans le poumon, il y produira sans doute les mêmes effets stimulans et sans les mêmes dangers; c'est ainsi que je pensais alors; aujourd'hui je conseillerais de joindre la méthode de M. Richard à la mienne pour favoriser la réaction; car la prudence avec laquelle il fait faire l'inspiration du chlore doit la rendre tout-à-fait sans danger.

Maintenant venons aux faits. Le choléra sévissait avec violence dans l'établissement des aliénés à Montpellier; les malades périssaient rapidement, et mon collègue M. Rech, médecin en chef, était frappé de l'insuffisance de la plupart des moyens proposés jusqu'ici et dont il avait essayé l'emploi. Je lui proposai celui du chlore, sans dissimuler la faiblesse et le vague de mes conjectures; il fut résolu de s'en servir et de commencer, pour plus de certitude, par l'usage de la solution aqueuse du chlore même ou chlore liquide, plutôt que du chlorure dont l'administration eût été plus commode sans doute, mais l'efficacité plus douteuse. Quatre malades venaient d'être frappés à peu près au même degré, deux hommes et deux femmes. Les deux hommes furent traités par une autre méthode; ils étaient morts tous deux dès le soir même ou dans la nuit suivante. Les deux femmes prirent le chlore liquide par dose de quinze gouttes dans deux onces d'eau froide, de demi-heure en demi-heure, et l'on en continua l'usage jusqu'au troisième jour; voici ce qui en résulta en somme. (Les détails de ces observations seront sans doute publiés plus tard par M. Rech, qui vient d'ailleurs d'achever avec le professeur Dubreuil sa mission dans les villes du Midi que l'épidémie a frappées.) Il n'y eut pas de réaction brusque et violente, mais les malades se soutinrent. Au troisième jour on renonça au chlore qui fatiguait l'estomac; il était même survenu des symptômes d'inflammation gastrique qu'il fallut traiter par les saignées locales, etc. Néanmoins une des deux femmes mourut du cinquième au sixième jour; l'autre continua de se mieux porter, mais aux symptômes de gastro-entérite succédèrent ceux d'un catarrhe pulmonaire très-intense qui retarda la guérison complète, laquelle pourtant ne se fit pas attendre en tout plus de trois semaines.

Chez la femme morte dont l'autopsie fut faite par M. Dubreuil, on remarqua d'abord que la bile avait complétement reparu dans l'intestin avec ses qualités ordinaires; il y avait des traces d'une gastro-entérite des plus intenses. Ces faits, bien peu nombreux sans doute, et que la cessation de l'épidémie arrivée peu après n'a pas permis de multiplier davantage, sont-ils de nature à faire rejeter l'emploi du chlore? je suis bien loin de le croire; et peut-être eussent-ils été plus concluans encore, si l'on eût pu suivre à la lettre mes instructions. 1° J'avais recommandé de donner de prime-abord, et en même temps que la première prise serait administrée par la bouche, un lavement avec quarante gouttes de solution, poussé le plus haut possible; 2° j'avais aussi conseillé de s'arrêter dans l'emploi du chlore dès l'apparition des premiers signes évidens de surexcitation à l'estomac. L'état mental de ces deux femmes ne permit pas d'employer le lavement, ni de reconnaître d'assez bonne heure les symptômes gastriques. Peut-être le chlorure de soude ou de chaux aurait-il moins d'inconvéniens sous ce rapport; il serait bien plus facile d'ailleurs de se le procurer et de l'administrer dans la pratique particulière.

Les observations de M. Lalesque sur son application au traitement des fièvres intermittentes, prouvent qu'on peut administrer ces chlorures à la dose de demi-gros dans une potion, et réitérer la même prise quelque temps après, sans inconvénient. On aiderait aussi à l'action du médicament, non-seulement, comme je l'ai déjà dit, en en faisant respirer les émanations à la manière de M. Richard, mais encore en l'appliquant à la peau en fomentations et lotions, dans les sinapismes, etc.

Je vous ai présenté, mon cher confrère, l'état de la question avec toutes ses incertitudes, désireux de les voir cesser par des expérimentations plus nombreuses et plus complètes. Je finirai en rappelant qu'il ne fau-

drait pas apporter comme argument, contre l'efficacité du chlore, les essais qui en ont été faits ailleurs, mais *dans des conditions et dans des vues* toutes différentes. Ainsi, dans le rapport de MM. C. Alibert, Boudart, Dalmas, Dubled et Sandras, on lit ceci, page 109: « L'eau chlorurée que l'on composait en mêlant trois onces d'une dissolution de chlore avec trois onces d'eau ordinaire, que l'on édulcorait convenablement avec un sirop simple, a été principalement opposée au choléra *lorsqu'il passait à l'état de typhus, et plutôt comme un moyen utile contre cette dernière maladie que contre le choléra.* » Je conseille au contraire de l'employer dès le début et contre la cause même de cette maladie. Je pense que c'est en agissant contre cette même cause, soit en l'évacuant, soit en la neutralisant, que l'ipécacuanha a procuré des succès, que la poudre de charbon a offert des avantages. Rien n'empêcherait d'user aussi de ces adjuvans. Dans une maladie qui résiste à tous les traitemens, aux plus rationnels comme aux plus perturbateurs, il est permis sans doute de proposer quelque chose de nouveau, même quand on n'est pas suffisamment fondé à en garantir l'efficacité constante; il suffit de quelques données favorables pour justifier de pareilles propositions, et cette considération fera, j'espère, excuser la mienne dans le cas où elle ne procurerait pas les bénéfices que j'en attendais.

Agréez, etc.

Ant. Dugès, P. M. M.

Lettre sur l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. Munaret, D.-M. à Châtillon-de-Michaille.

D'après une lettre, insérée dans le n° 25 (année 1834) de votre estimable journal, j'ai eu l'honneur de vous apprendre: 1° que depuis le mois de septembre 1832, je traitais avec un constant succès les fièvres intermittentes de marais, par le chlorure de sodium; 2° qu'au moment de cette communication des fièvres de cette nature régnaient épidémiquement dans le canton de Châtillon-de-Michaille, ce qui me permettait de multiplier mes résultats et consécutivement de donner, à ce nouveau mode de traitement, l'authenticité qu'il mérite; 3° enfin, que j'élaborais un mémoire pour le concours Monthyon, indiquant la spécificité fébrifuge du chlorure de sodium, les idées sommairement théoriques qui me l'avait fait présenter, son indication précisée, son emploi formulé; et comme pièce de conviction individuelle d'abord mon mémoire devait également contenir l'esquisse de l'épidémie annoncée.

J'ai donc adressé à l'Académie royale des sciences ce mémoire dont voici les conclusions pratiques.

« Le chlorure de sodium jouit d'une propriété fé-
» brifuge aussi prompte et aussi certaine que le quin-
» quina et tous ses composés, dans les cas de fièvres
» intermittentes. Mais ce spécifique mérite la préfé-
» rence, 1° parce que le quinquina et ses composés,
» donnés à la dose formulée par le médecin, détermi-
» nent quelquefois des phlegmasies gastro-intestinales,
» des splénites, des œdèmes, des leucophlegmasies,
» tandis que le chlorure de sodium permet que l'on dé-
» passe même la dose sans accident consécutif, ainsi
» que le peuple le fait en l'absence du médecin à l'é-
» gard de tous les fébrifuges, pensant, comme il le
» dit, *couper plus promptement la fièvre;* 2° parce que
» toutes les préparations de quinquina sont chères, tan-
» dis que le chlorure de sodium ne l'est pas; 3° parce
» qu'en considération de l'innocuité et du bon mar-
» ché, cette substance peut s'administrer, non-seule-
» ment comme curatif, mais encore comme préservatif,
» quand la fièvre intermittente règne endémiquement:
» 4° enfin, parce que, dans le cas où il existe des
» symptômes d'irritation gastrique, on peut adminis-
» trer le chlorure de sodium quand même, ce qu'on ne
» pourrait pas faire avec le quinquina, le sulfate de
» quinine, etc. »

Depuis la réception de mon mémoire, à la date du 4 mai, j'ai obtenu deux nouvelles guerisons de fièvres vernales par le chlorure de sodium. Par le même courrier, je prends la liberté de les communiquer aux commissaires nommés par l'Académie, MM. Double et Duméril.

Comme je désire, dans l'intérêt commun de la science, des estomacs et des bourses, vulgariser mon traitement, je terminerai cette deuxième lettre par sa transcription.

Avant la médication spéciale, faire disparaître complétement toute complication, bilieuse ou sanguine, par les moyens appropriés.

La fièvre étant réduite à sa plus intime essentialité, ou, pour m'énoncer plus explicitement, réduite à un empoisonnement miasmatique, user ainsi qu'il suit de la potion ci-formulée:

Prenez:	Solution officinale de chlorure de sodium,	demi-once.
	Eau de fleurs d'oranger,	3 onces.
	Sirop simple,	1 —

Trois cuillerées à bouche par jour: le matin à jeun, puis une heure avant l'invasion approximative de l'accès ou à midi, et le soir en se couchant.

Après la disparition des paroxysmes, deux cuillerées seulement: le matin et à l'heure du dernier accès, pendant quinze jours environ.

La sagacité de chaque praticien, et mieux encore l'habitude du traitement, indiqueront quand il faudra varier la dose indiquée comme terme moyen, suivant l'âge, le tempérament, etc.

Au fébricitant débile par nature ou délabré par le mal, j'administre le chlorure de sodium associé avec la thériaque, d'après cette seconde formule:

Prenez:	Solution de chlorure de sodium,	1 once,
	Thériaque,	2 onces.
	Extrait de genièvre,	

A prendre chaque matin et à l'approche de la convalescence, gros comme un haricot.

Durant le traitement par l'une ou l'autre formule, le malade boira journellement trois tasses environ d'une infusion légère de camomille ou de café cru.

Enfin, comme soins généraux diététiques, je recommande une grande propreté des vêtemens et des habitations, qu'il faut exposer à des courans d'air fréquens; une nourriture saine et analeptique sous un petit volume; l'eau rougie et souvent quelques *doigts* de vin pur pendant chaque repas; un exercice modéré, par un temps sec et chaud; la chaleur des pieds; l'usage d'une camisole de flanelle sur la peau; enfin l'abstinence long-temps prolongée des plaisirs de l'amour.

D'après cette note, j'ose espérer que tous mes confrères qui habitent des localités marécageuses s'empresseront d'approuver les bienfaits de ma découverte.

Agréez, etc.

MUNARET, D.-M.

N° 41. — 10 OCTOBRE

PATHOLOGIE EXTERNE.

Mémoire sur la fracture incomplète du col du fémur, lu à la société chirurgicale d'Irlande, dans sa séance du 5 avril 1834; par M. ADAMS.

Il arrive assez souvent qu'un chirurgien est appelé auprès d'un malade qui, dans une chute sur l'un des trochanters, s'est fait une lésion plus ou moins grave de la hanche. Le malade n'a pu, le plus souvent, se relever. Il est très-difficile de former un jugement précis sur la nature de cette affection, qui présente quelques-uns des symptômes de la fracture du col du fémur; mais les traits les plus caractéristiques de cette lésion ne se retrouvent point.

Ordinairement le malade a la conscience qu'il est incapable de se tenir débout et de marcher, aussi ne fait-il aucune tentative dans ce sens; il ne peut élever ni mouvoir son membre, mais celui-ci n'est point dans la rotation en dehors et dans cet état d'impuissance absolue qui indique la fracture complète du col fémoral. Au contraire, le malade, couché sur le dos peut fléchir à volonté la jambe sur la cuisse, puis celle-ci sur l'abdomen; et même telle est la position ordinaire du membre, lorsque le chirurgien arrive auprès du blessé qui supporte ainsi le poids des couvertures avec son genou. Cette circonstance ôte toute idée de fracture. Il est à remarquer aussi que le membre n'offre point un raccourcissement appréciable; il n'y a point de crépitation, et le mouvement de rotation en dedans et en dehors qu'on imprime au membre pour le produire, ne détermine point de douleur comme cela a lieu ordinairement. Le grand trochanter n'ayant point perdu le point d'appui qui lui est fourni par le col de l'os, ne retombe point en arrière vers l'ischion, comme on le voit dans la fracture complète; au contraire, il semble faire une saillie plus considérable qu'à l'ordinaire, et si l'on soutient le malade dans l'attitude verticale, on est frappé de la saillie produite par la hanche malade. Il est excessivement difficile de décider tout d'abord quelle est la nature de la maladie. Si toutefois, au bout d'un mois ou six semaines, on se livre à une nouvelle exploration, on trouve le membre raccourci et le pied dans la rotation en dehors.

L'inspection cadavérique seule peut nous apprendre quelle est la lésion qui donne lieu à de tels symptômes; mais comme cet accident n'est point ordinairement mortel, on n'a que peu d'occasions de se livrer à ces recherches.

Je suis convaincu d'avoir donné de soins à des personnes qui vivent encore, et qui avaient souffert une fracture incomplète du col du fémur; je possède même plusieurs fémurs qui offrent des traces évidentes de cette lésion; mais je dois avouer que j'ai vu très-peu de cas où les résultats de l'inspection cadavérique soient venus s'ajouter aux symptômes que j'ai assignés à la fracture incomplète du col du fémur. Mais avant de décrire les altérations anatomiques qui constituent cette lésion, il est nécessaire de nous arrêter un instant sur la structure intime du col du fémur, à laquelle il est étonnant qu'on ait fait si peu d'attention.

Si l'on fait une section verticale dans l'épaisseur du col du fémur non altéré et à l'état sec, suivant la direction de son grand axe, et de manière que cette section, se continuant dans le corps de l'os, laisse en avant une moitié du fémur, et en arrière l'autre moitié avec le petit trochanter, on voit que la principale force du col réside dans une espèce de voûte de tissu compacte, qui, d'abord très-mince au point de réunion de la tête de l'os avec la partie inférieure du col, s'épaissit peu à peu à mesure qu'elle se rapproche du petit trochanter. Cette couche de tissu compacte peut être suivie jusqu'à la partie moyenne du fémur, où elle a près du double d'épaisseur de la paroi opposée du corps de l'os. Une autre couche du tissu compacte presque aussi mince qu'une feuille de papier qui recouvre la tête du fémur, la partie supérieure du col, et le grand trochanter, semble contribuer très-peu à augmenter la force de l'os. On peut en dire autant du tissu cellulaire de ces apophyses, tandis qu'au contraire le tissu compacte de la *face inférieure* du col semble disposé tout exprès pour supporter le poids du corps dans l'attitude verticale.

Lorsque nous faisons une chute d'une certaine hauteur sur les pieds ou sur les genoux, le choc est d'abord supporté par la couche compacte même de la face supérieure du col, et par la totalité de son tissu réticulaire, qui probablement cèdent sous l'effort, de manière à ce que la force de l'impulsion soit décomposée et affaiblie d'autant avant d'être transmise à la voûte épaisse que je viens de décrire, et qui, en dernière analyse, est la seule pièce de résistance à tous les efforts dirigés de haut en bas sur le col du fémur.

La fracture du col du fémur arrive rarement chez un

sujet adulte et bien portant, lorsqu'il tombe même avec violence sur ses jambes ou sur ses genoux; car le tronc porte alors de la manière la moins défavorable sur la voûte du tissu compacte en question, qui trouve dans sa densité et sa forme une force suffisante pour résister presque toujours. On sait qu'alors la cavité cotyloïde se fracture, le ligament capsulaire se déchire, et une luxation a lieu, plutôt qu'il ne s'opère une fracture du col.

Si, au contraire, le sujet tombe sur le grand trochanter de manière que cette éminence soit retenue par le sol, tandis que le poids du corps, agissant obliquement sur la voûte compacte de la face inférieure du col, tend à porter dans la ligne du corps de l'os, en d'autres termes à effacer son obliquité, alors cette voûte reçoit le choc de bas en haut, de la manière la plus défavorable, et son tissu se fend transversalement à sa longueur. Si la fêlure ne va pas plus loin, il en résulte la forme la plus simple de fracture incomplète du col du fémur. Cet accident fait supposer nécessairement dans le tissu réticulaire du col fémoral assez de résistance et de ténacité pour céder sans se rompre, et c'est une chose sur laquelle on ne peut élever de doute.

Dans cet état, il est facile de concevoir que le blessé ait pu se tenir debout et même marcher à quelque distance, et que le chirurgien, comme il est arrivé souvent, ait pu croire qu'il n'y avait point de fracture. Il est également facile de concevoir comment alors des mouvemens imprudens ou une chute peuvent rendre la fracture complète, ou comment, par suite d'une lésion consécutive grave, ou même par le fait du choc primitif dont la force n'ayant pas été entièrement épuisée par la fracture de la voûte compacte, peut se continuer dans des directions variées; on conçoit, dis-je, comment le fragment supérieur du col fracturé peut s'engager dans le tissu réticulaire du corps de l'os.

Il me reste maintenant à rechercher la cause des changemens qui ont lieu lentement dans la portion non fracturée du col fémoral, consécutivement à la fracture de la couche compacte qui constitue la principale force du col du fémur, et à expliquer anatomiquement comment cette lésion, d'abord si obscure, devient au bout de six semaines assez évidente pour qu'on ne puisse se méprendre sur son existence.

Lorsque la fracture incomplète du col existe, le col lui-même est raccourci, parce que le tissu compact qui fait presque toute sa force, ayant perdu sa continuité, ne peut plus contrebalancer les forces qui tendent à rapprocher la tête du fémur de son corps. Le membre se place dans la rotation en dehors; en effet, bien que le tissu réticulaire du col du fémur ait assez d'élasticité pour supporter un changement de forme sans se rompre, lorsque la fracture du tissu compact a été opérée; cependant il est probable qu'au moment de l'accident, le tissu cellulaire dans lequel résident tous les élémens vitaux de l'os, doit avoir reçu une commotion qui laisse l'os susceptible du raccourcissement consécutif ou par absorption interstitielle, à la suite de laquelle il cédera facilement à l'action des muscles, et le membre se trouvera placé dans la rotation en dehors au bout d'un certain temps.

Si l'on retire de sa cavité articulaire un fémur qui a été soumis à la fracture incomplète de son col, et si on l'examine, on remarque, dans tous les cas, que la triple obliquité du col en haut, en avant et en dedans est détruite, et que la tête et le col de l'os sont dirigés horizontalement en dedans, à angle droit avec le corps de l'os. Dans tous les cas que j'ai vus, en regardant l'os en arrière, on voyait que la ligne intertrochantérienne avait été le siége d'une déposition de matière osseuse; l'intervalle compris entre cette ligne et la tête, et qui constitue la partie postérieure du col, était diminuée d'un tiers de sa longueur; en un mot, le raccourcissement et le renversement du membre se trouvent expliqués anatomiquement par la perte de l'obliquité du col du fémur et par la perte de longueur de la partie postérieure de ce col; le raccourcissement et le renversement sont proportionnés à la perte d'obliquité et à la perte de longueur indiquées.

Si, sur un fémur qui a subi cette fracture incomplète, on pratique une section verticale comme il a été dit plus haut pour un fémur sain, on voit que le tissu compact de la partie supérieure du col, et tout le tissu réticulaire, n'offrent aucune trace de fracture, aucune altération, si ce n'est cette perte d'obliquité; au contraire la voûte compacte de la face inférieure du col offre une trace évidente de fracture, et par suite d'une action soudaine ou plus ou moins lente, elle s'est enfoncée dans le tissu aréolaire du corps de l'os, de manière qu'elle forme avec la couche compacte de ce corps une espèce de T.

Cette espèce de fracture a été signalée d'abord par le docteur Colles; le docteur Amesbury et quelques autres en ont parlé très-brièvement. J'espère que les considérations qui précèdent, quoique incomplètes, attireront l'attention sur un sujet si important pour la pratique.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre de M. Malgaigne *sur cette question: si le bras peut être raccourci dans quelques variétés des luxations scapulo-humérales.*

Je ne veux point, dans cette lettre, établir une discussion contradictoire sur les divers points qui ont été agités dans la discussion de l'Académie sur les luxations scapulo-humérales; mon unique but est de faire connaître quelques faits qui étaient inconnus à M. Velpeau lors de cette discussion, et qui sont de nature peut-être à modifier ses convictions, du moins jusqu'à de nouvelles expériences.

L'alongement du bras dans la luxation *dans l'aisselle* est un symptôme universellement admis; la dénomination même de *luxation en bas*, sous laquelle on la désignait, indique suffisamment que les auteurs ne

daient la tête humérale comme placée plus bas que dans sa position ordinaire.

Mon idée à moi va beaucoup plus loin. J'ai dit en effet, en me fondant sur des faits anatomiques, que dans toute luxation de l'humérus, soit dans l'apophyse coracoïde, soit dans la fosse sous-scapulaire, soit sous l'acromion, soit dans la fosse sous-épineuse (supposé qu'il en existe de ce dernier genre), la tête humérale était toujours placée plus bas que dans sa position normale, et conséquemment qu'en mesurant le bras rapproché du tronc, on devait le trouver alongé. Ceci, autant que je sache, n'avait été dit ni clairement, ni obscurément, par personne.

Les faits anatomiques sont si évidens sur ce point, il est si manifeste que l'acromion qui recouvre la tête humérale dans l'état normal est le point le plus élevé de l'omoplate et de l'épaule, comme son nom même le rappelle, que dans les expériences faites en 1832 à la clinique de Dupuytren, et dont la Gazette médicale a rendu compte, le professeur ne fit que regarder une omoplate pour admettre à l'instant ma proposition et la donner à ses auditeurs comme incontestable. Depuis ce temps toutefois, quelques observations sur le vivant ont semblé la contredire.

M. Robert, chirurgien de l'hôpital de l'Oursine, m'a dit le premier avoir observé une luxation sous-coracoïdienne dans laquelle le bras n'était point alongé. Le cas lui avait paru d'autant plus extraordinaire que, d'après les dispositions anatomiques, il ne le comprenait pas; il avait donc pris, me dit-il, toutes les précautions nécessaires pour ne pas être induit en erreur.

Quelque temps après parut la thèse de M. Maisonneuve, interne de M. Velpeau, qui rappelait les deux faits allégués dans la discussion par ce professeur, et qui semblaient prouver décidément que le bras pouvait non-seulement ne pas être alongé, mais encore être raccourci, et cela dans la luxation sous-coracoïdienne elle-même. Je transcris ici les propres paroles de l'auteur.

» Dans la luxation de l'humérus en bas et en avant, il n'y a pas toujours allongement du membre; loin de là, on rencontre souvent du raccourcissement. Tous les chirurgiens ont regardé comme un des signes les plus évidens de la luxation de l'humérus en bas, l'allongement du membre... Curieux de constater ce fait, je fis quelques recherches à ce sujet. J'ai rencontré sur le vivant deux cas de luxation de l'humérus en bas et en avant; dans l'un il y avait raccourcissement de plus d'un pouce; dans l'autre, raccourcissement de huit lignes... D'un aussi petit nombre de faits on ne peut tirer de conclusions; mais j'ai fait sur le cadavre une série d'expériences dont le résultat mérite plus d'attention. Sur vingt luxations en bas que j'ai produites artificiellement, toujours j'ai rencontré un raccourcissement plus ou moins prononcé, jamais d'alongement. Mais comment alors expliquer l'opinion contradictoire de tous les chirurgiens? je crois qu'elle tient à ce qu'au lieu de mesurer le membre, ils se sont contentés de juger à la simple vue, comme le veut Boyer. En effet, quand on examine par derrière un malade affecté d'une luxation du bras, il semble, au premier coup d'œil, que le membre malade a subi un véritable alongement. Le raisonnement tend même à confirmer l'erreur de la vue. En effet, dans la luxation en bas, la tête de l'humérus, sortie de la cavité glénoïde, vient se placer au-dessous; par conséquent il semble que le bras a dû subir un alongement. Mais si l'on réfléchit qu'en même temps que la tête s'est placée plus bas, le coude s'est porté en dehors, on concevra comment la ligne qui va de l'acromion à l'épitrochlée n'a subi presque aucun changement dans sa longueur, et même a pu se raccourcir. D'ailleurs les faits sont là et subsistent indépendamment de cette explication. »

Si ces faits et ces expériences étaient sans réplique, on voit que ce ne sont pas seulement mes propres idées qui seraient en péril; mais il faudrait admettre des exceptions à un fait qui jusqu'à présent avait passé dans la science pour n'en point avoir, l'alongement du bras dans la luxation dans l'aisselle. Il y avait certainement là quelque chose à éclaircir. L'occasion s'en offrit au dernier concours du bureau central, lors des épreuves qui appelaient le compétiteurs à Clamart, où M. Maisonneuve est prosecteur.

Nous produisîmes ensemble sur le cadavre plusieurs luxations sous-coracoïdiennes. Les symptômes étaient les mêmes qu'à l'ordinaire; le deltoïde était dans un état de tension sensible, ce qui permettait déjà de conclure que ses attaches étaient rendues plus distantes par la luxation et que le bras mesuré de l'épicondyle à l'acromion devait être alongé. Le coude fut rapproché du tronc autant que possible, et M. Maisonneuve le mesurant du sommet de l'acromion à l'épicondyle, n'y trouva aucun alongement; il y aurait eu même plutôt un raccourcissement d'une à deux lignes. Fort surpris de ce résultat, je pris la mesure à mon tour et je trouvai un alongement d'une à deux lignes; nous comparions la mesure prise sur le bras luxé avec la mesure prise le bras réduit et mis dans une abduction semblable autant que possible. Il y avait dans ces résultats divers la preuve, ou bien que les expérimentateurs étaient dirigés par une idée préconçue, ou bien que le moyen de mensuration était mauvais en lui-même. Nous recommençâmes à mesurer, en prenant les deux points fixes que j'ai indiqués comme les meilleurs, savoir l'épicondyle d'une part et de l'autre l'angle inférieur de l'acromion; pour éviter toute cause d'erreur, nous fîmes sur ces deux points une incision jusqu'à l'os, et traçant dans les os mêmes une forte rainure transversale, nous avions alors deux points invariables. Alors nous eûmes un alongement constant, mais qui ne dépassait pas trois à quatre lignes.

Nous dépouillâmes alors l'articulation de ses chairs; et plaçant l'humérus tantôt sous le bec coracoïdien comme dans la luxation, tantôt dans la cavité glénoïde, il fut incontestable pour tous les assistans que l'alongement devait être constant, et devait être même plus considérable que la mensuration ne l'indiquait.

Ceci nous frappa particulièrement. M. Maisonneuve et moi, nous recherchâmes si la diagonale décrite par

l'humérus luxé ne pouvait pas expliquer cette diminution de l'alongement indiqué par nos mesures ; mais la déviation produite par cette diagonale est si peu de chose, quand on rapproche le bras du tronc, que nous avons été amenés à regarder son influence comme nulle. La difficulté est restée pour nous inexpliquée ; j'ai songé depuis que peut-être la luxation, occasionant un tiraillement assez considérable de la portion supérieure de la capsule, faisait un peu basculer l'omoplate sur la tête luxée et rapprochait un peu l'acromion du coude ; mais je n'ai pas eu occasion de vérifier cette conjecture.

Aux expériences sur le cadavre, le hasard nous permit d'en joindre une autre bien plus concluante ; M. Lisfranc et M. Manec en ont été témoins. Il y avait là un cadavre portant à l'épaule droite une luxation sous-coracoïdienne ancienne, tellement ancienne que la tête de l'os ayant usé le bord interne de la cavité glénoïde appuyait sur le col de l'omoplate, et donnait à la lésion presque toutes les apparences d'une luxation sous-scapulaire. La tête luxée était donc portée plus en dedans qu'à l'ordinaire, ce qui en augmentait la diagonale ; de plus elle avait repoussé en haut le bec coracoïdien, comme il arrive toujours dans les luxations anciennes ; enfin elle était déformée elle-même par la pression ; et toutes ces causes devaient au moins diminuer l'alongement. La mesure fut prise par M. Maisonneuve entre les deux points indiqués, et sur le bras sain et sur le bras malade ; pour éviter toute erreur, une rainure, fut faite aux os, de la manière qui a été décrite ; et nous trouvâmes encore un alongement de quatre lignes. M. Maisonneuve a reconnu, après ces diverses épreuves, que probablement il avait été induit en erreur par le procédé de mensuration qu'il avait suivi, et que l'alongement du bras devait être constant, sur une articulation normale, dans la luxation sous-coracoïdienne. L'énorme raccourcissement d'un pouce qu'il avait signalé dans sa thèse, venait de ce que le bras avait été mesuré écarté du corps ; alors il est aisé de comprendre que l'acromion se rapproche d'autant plus du coude, que l'abduction est plus forte ; et ce phénomène, comme je l'ai fait remarquer dès 1830, se manifeste même dans l'état sain. Chacun peut mesurer sur soi-même le bras pendant près du tronc, de l'acromion à l'épicondyle, puis le bras élevé à angle droit ; dans cette seconde position on trouvera un raccourcissement de près d'un pouce.

La question ainsi jugée pour les luxations sous-coracoïdiennes, je pensais n'avoir pas d'autres objections à combattre, les faits cités par M. Velpeau, étant précisément les mêmes que ceux de M. Maisonneuve. Mais en m'enquérant près de M. Velpeau pour avoir de plus amples éclaircissemens, ce professeur m'a affirmé qu'il n'avait point voulu parler des luxations sous-coracoïdiennes ; qu'il reconnaissait que dans ces cas le bras doit toujours être alongé ; que les faits qu'il avait vus étaient des luxations en devant, sous la clavicule, et que M. Maisonneuve s'était assurément trompé dans son diagnostic. Je ne saurais m'établir juge entre ces deux observateurs : je ne saurais expliquer non plus comment l'un a reconnu un raccourcissement d'un pouce, et l'autre seulement un de sept lignes, les mesures ayant été prises par tous deux le même jour et en pleine clinique. Quoiqu'il en soit, il reste toujours établi que le procédé de mensuration appliqué par M. Velpeau a pu l'induire en erreur, et que ses deux faits, rapportés d'une manière aussi contradictoire, ont besoin d'être confirmés par d'autres pour avoir dans la question une valeur décisive. Je n'ai vu pour ma part que deux cas de luxation sous la clavicule, que j'appelle sous-scapulaires ; dans tous les deux le bras était manifestement alongé.

Si je persiste dans mon opinion, bien que je n'aie que deux faits pathologiques pour l'appuyer, on n'oublira pas que je me fonde sur des dispositions anatomiques ; et à moins qu'elles ne s'écartent de l'état normal, ou que l'humérus ne soit raccourci par une autre cause étrangère à la luxation ; pour moi, toute luxation de l'humérus alonge le bras mesuré entre l'angle inférieur de l'acromion et l'épicondyle, pourvu qu'on le rapproche du tronc le plus possible ; le défaut d'alongement tient à une erreur dans le procédé de mensuration.

J'ai indiqué les deux points fixes que je préfère ; voici les raisons de cette préférence. On trouve en général très-facilement l'angle inférieur de l'acromion, et l'ongle du pouce en déprimant la peau arrive à la face inférieure de cette saillie et s'y trouve arrêté d'une manière invariable. L'ongle peut s'arrêter de même à la face supérieure de l'épicondyle ; et les chances d'erreur sons évitées autant que possible.

A quoi tend maintenant toute cette dissertation et de quel profit sera pour le praticien l'assurance que le bras est toujours alongé dans les luxations ? Le voici : c'est que le diagnostic différentiel entre la luxation et la fracture du col huméral n'est pas toujours facile ; et qu'en admettant les deux cas signalés par M. Lisfranc qui peuvent alonger un humérus fracturé ; ces cas sont rares, facile à reconnaître ; et que dans tous les autres l'alongement du bras est un des signes qui donnent le plus de certitude au praticien. Il suffira, je pense, de rappeler ici que Dupuytren, dont le diagnostic était si sûr, avais pris une fois une luxation pour une fracture ; que l'alongement du bras bien constaté lui fit reconnaître l'erreur, et que la luxation fut réduite

MALGAIGNE.

N° 42. — 17 OCTOBRE.

Recherches de statistique sur l'affection calculeuse, par M. le docteur CIVIALE. — Rapport fait à l'Académie des sciences, par M. DOUBLE (1).

Les calculs de la vessie sont pour l'espèce humaine, et plus encore pour les individus du sexe masculin, une

(1) L'importance des recherches de M. Civiale, et le rapport remarquable dont elles ont été l'objet et dans lequel M. Double a donné de nouvelles preuves de son beau talent d'analyse philosophique, nous ont engagé à le publier dans toute son étendue.

des maladies les plus intolérables dont la vie ait été empoisonnée. Indépendamment des douleurs et des dangers du mal, des douleurs et des dangers du traitement, il est encore certaines sensations morales, des dispositions contristantes de l'âme, qui en sont inséparables, et qui viennent ajouter à un si pénible état une complication plus ou moins fâcheuse.

Le travail de M. Civiale sur cette matière, dont nous sommes chargés de rendre compte aujourd'hui, a pour objet d'appliquer la méthode numérique à la plupart des questions relatives aux affections calculeuses.

Comme élémens de ses recherches, M. Civiale a réuni, à force de peine et de soins, un grand nombre de tableaux dressés parmi des populations diverses, dans les principales villes et au sein des plus grands hôpitaux de l'Europe.

L'analyse de ces tableaux, faite par M. Civiale, lui a fourni les moyens de confirmer ou de rectifier, à l'aide de données numériques, plusieurs des résultats de pathogénie générale indiqués déjà par l'induction ou par les résumés les plus précis de l'observation clinique. Nous en signalerons quelques-uns à l'Académie, afin de la mettre mieux à même d'apprécier, par son propre jugement, l'important travail de M. Civiale.

On avait été assez enclin à penser jusques à aujourd'hui que, dans certaines familles, les parens communiquaient à leurs enfans une disposition organique en vertu de laquelle ceux-ci devenaient plus aptes que d'autres à contracter la pierre ; et l'on avait voulu déduire de là l'hérédité de cette maladie.

Sur ce point, des faits, en assez grand nombre attestent, il est vrai, que des enfans de calculeux ont été atteints à leur tour de la pierre ; mais les faits de cette catégorie ont pour antagonistes puissans les faits bien plus nombreux encore de la catégorie contraire. Dans les premiers cas, d'ailleurs, on trouve cette considération puissante, que la maladie a pu se développer chez les enfans sous l'influence des mêmes circonstances qui l'avaient produite d'emblée chez les parens ou les aïeux, et conséquemment en dehors de toute voie héréditaire. Du reste, pour éclairer autant qu'il est désirable cette question, il faudrait pouvoir mettre en regard et sur une grande échelle la proportion relative des calculeux dont les parens ont eu la pierre, et le nombre proportionnel des calculeux de la condition opposée ; mais les données manquent à de tels éclaircissemens.

Les calculs de la vessie, on le sait depuis long-temps, sont infiniment moins fréquens chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes aussi, les chances de succès après l'opération sont bien plus favorables. Les résultats de nombre obtenus à cet égard tendent à prouver que, sur une quantité égale d'opérations, on perd moitié moins de femmes que d'hommes.

L'étude approfondie des causes capables de produire la pierre infirme les nombreuses assertions émises par rapport à l'influence de divers alimens et de certaines boissons, que l'on s'était trop hâté de proclamer aptes à engendrer la maladie. Quelles que soient les recherches, tout est obscurité, tout reste incertitude à cet égard.

Les rapports numériques établis quant aux principales époques de la vie que cette maladie afflige plus spécialement, apprennent que plus de la moitié des calculeux n'ont pas dépassé la quatorzième année de leur âge : dans les hôpitaux de Lyon, dit Ponteau, on taille sept à huit enfans contre un adulte. Cette proposition n'est cependant pas vraie dans toutes les localités. Tandis qu'on la trouve portée jusqu'à la plus convaincante démonstration pour le Wurtemberg, pour les montagnes de la Lorraine et du Barrois, pour le versant des Alpes qui confine à l'Italie, pour quelques comtés de l'Angleterre, etc., il semble au contraire que dans d'autres localités, et, par exemple, dans les pays très-chauds ou très-froids, les adultes et les vieillards soient plus exposés à cette affection. Ajoutons que partout les enfans calculeux appartiennent presque exclusivement à la classe indigente, tandis que les calculeux, tant adultes que vieillards, se trouvent assez également répartis entre les diverses classes de la société. Presque toujours aussi les enfans sont exempts des lésions génito-urinaires, qui affligent si cruellement les calculeux des autres âges.

Si l'on recherche dans les tableaux que nous avons sous les yeux la manière dont se comportent les diverses professions de la vie sociale, soit pour être en aide, soit pour faire obstacle au développement de la pierre, on ne parvient à aucun enseignement explicite, on n'arrive à nul résultat concluant. On trouve en effet que la maladie a été rencontrée à peu près également sur des individus appartenant à tous les états, et cela en raison de la population relative des différentes professions. Sans doute, on compte un plus grand nombre de calculeux dans les classes malaisées ; mais c'est que d'une part, ces classes sont par malheur les plus nombreuses ; et d'autres part, c'est malheureusement aussi sur ces classes que pèsent davantage toutes les charges de la vie matérielle, les maladies surtout.

Les conclusions auxquelles M. Civiale est arrivé, quant aux professions, deviennent à peu près les conclusions qui se rapportent à l'influence des climats. Les calculs de la vessie ont été observés d'une manière presque égale dans tous les pays. Les assertions contraires émises se trouvent entachées d'exagération ou de fausseté. Il est vrai que plusieurs circonstances, ou inaperçues ou mal appréciées, ont pu contribuer à propager cette erreur. Il suffit que, par un motif quelconque, l'attention générale soit plus vivement portée là ou là sur une maladie, pour que sur ce point les exemples qui en sont mis en évidence prennent un notable accroissement. Du vivant de l'illustre lithotomiste Raw, par exemple, on pouvait croire que la pierre était une maladie très-commune en Hollande, d'après le nombre considérable d'opérations qui se faisaient alors à l'hôpital d'Amsterdam. Après la mort de Raw, le nombre des opérés diminua de plus de moitié ; et ce nombre se trouve réduit aujourd'hui à un tiers environ. C'est ainsi

que les grandes et utiles institutions qui se sont tant multipliées sous nos yeux en faveur des aliénés, et que les nombreux établissemens créés pour le traitement des déviations de taille, ont révélé un grand nombre de maladies de ce genre qui seraient restées inaperçues sans cela.

Plusieurs autres déductions pratiques non moins curieuses semblent naître du dépouillement des faits accumulés dans les tableaux qui nous occupent.

La matière calculense qui s'agglomère dans la vessie sous l'influence d'un catarrhe chronique ou de quelque autre maladie prolongée des organes génito-urinaires, se compose le plus souvent de phosphate calcaire, ou de phosphate ammoniaco-magnésien. Toutefois, il faut bien reconnaître aussi qu'à leur tour les calculs donnent également naissance au catarrhe et à d'autres maladies de la vessie, ce qui infirme jusqu'à un certain point la valeur apparente de cette proposition.

Les récidives de la pierre sont fort communes, et cela, quelle qu'ait été la méthode opératoire mise en pratique. Ces récidives, on les avait déjà proclamées fréquentes long-temps avant la découverte de la lithotritie. C'est plus particulièrement chez les personnes atteintes de catarrhe chronique, ou de quelque autre lésion durable soit de la vessie, soit de la prostate, que l'on observe ces récidives. Or, M. Civiale affirme que les maladies de la vessie et de ses annexes cessent plus vite et d'une manière plus tranchée après les procédés de la lithotritie, qu'à la suite des manœuvres de la taille. M. Civiale ajoute qu'il y a toujours plus ou moins de danger à répéter l'opération de la cystotomie, tandis qu'il n'y en a presque point à réitérer la lithotritie.

M. Civiale avance encore que la vessie, par le double fait de la présence et du séjour de la pierre, peut se trouver dans deux états organiques opposés. Tantôt il y a hypertrophie des parois avec diminution de la capacité; tantôt, au contraire, il existe une véritable atrophie, un amincissement réel des parois, avec augmentation de la cavité de l'organe.

Mais c'est surtout le parallèle des méthodes à l'aide desquelles on attaque et l'on détruit les calculs vésicaux qui a préoccupé M. Civiale; et c'est aussi dans cette partie capitale de son travail que nous le suivrons avec plus d'attention.

On résumerait assez exactement, dans trois méthodes générales, l'ensemble des moyens que l'on a successivement opposés aux progrès de cette cruelle maladie. Alors chacune de ces méthodes, identique quant au but, admettrait cependant diverses séries de procédés qu'il ne nous est pas donné d'énumérer ici.

Première méthode. On a tenté en vain, il est vrai, jusqu'à présent, de dissoudre les calculs dans la vessie par l'action de prétendus lithontriptiques indirects ou directs, généraux ou locaux.

Deuxième méthode. On a cherché à débarrasser les malades de leurs calculs au moyen d'incisions, de sections souvent fort variées, mais toujours par voie de diérèse, ou par opération avec des instrumens tranchans.

Troisième méthode. On a extrait les calculs à travers le canal de l'urètre sans nulle incision, et le plus souvent à l'aide d'un brisement mécanique préalable.

La première méthode, celle qui aurait pour but de dissoudre les calculs dans la vessie par des agens empruntés à la physique, à la chimie ou à la matière médicale, M. Civiale ne l'a point abordée, et ce silence, nous nous garderons bien de le lui imputer à blâme. Nous dirons cependant ici qu'à la fin de son travail, M. Civiale jette en passant quelques lignes de reprobation et comme de mépris sur les efforts scientifiques qui auraient pour objet la dissolution intestine des calculs. Nous ne saurions ni approuver ni partager une telle façon de penser : nous voulons avoir foi tout ensemble et dans les ressources de l'esprit humain, et dans l'avenir de la science. Entre la pensée d'Albucasis, auquel il faut très-probablement rapporter l'idée-mère d'écraser la pierre dans la vessie, et cette importante opération, réalisée pour la première fois sur le vivant et définitivement inscrite dans la science et dans l'art par M. Civiale, il s'est passé d'abord cinq à six siècles; en suite beaucoup de vains efforts; sans doute aussi quelques sarcasmes et non moins d'incrédulités : tout cela n'a point empêché la découverte. Peut-être en sera-t-il ainsi pour les lithontriptiques; que l'Académie en attendant laisse espérer d'amples récompenses à celui qui aura le plus tôt atteint ce but. C'est surtout en faveur de semblables travaux que furent instituées et que doivent être réservées les fecondes générosités de M. de Monthyon.

C'est donc exclusivement entre l'opération par les instrumens tranchans, et l'opération par le broiement que M. Civiale a voulu porter la comparaison.

Déjà, plusieurs fois, dans l'histoire de l'art on a invoqué la puissance des chiffres pour apprécier la valeur relative des procédés les plus marquans employés dans les limites de la deuxième méthode, celle qui se compose toujours d'une opération par les instrumens tranchans. Mais ces supputations comparées : faites sur des bases peu exactes, ne sauraient prendre place dans la science. Les 4,500 opérations attribuées à frère Jacques; les 1547 de Raw; les 316 de Baseilhac; les 310 de Lecat; les 150 de Ponteau, sur lesquelles on s'est si souvent appuyé pour proclamer la supériorité des procédés employés par ces praticiens, sont pour la plupart des faits sans authenticité, sans détails, sans contrôle, sans valeur.

Plus tard d'autres travaux analogues ont été publiés. Nous citerons ceux des docteurs Marcet, Smith, Prout, Yelloli : mais M. Civiale a toute hâte de le reconnaître : pour ces faits-là aussi, détails suffisans, précision désirable, critique raisonnée, appréciation relative, tout manque, et l'on tomberait dans des erreurs graves, si, d'après ces tableaux, on prétendait déterminer avec quelque rigueur les proportions numériques de la mortalité à la suite de la taille.

Dans le travail que nous sommes chargés de faire connaître à l'Académie, M. Civiale est parvenu à réunir un total de plus de cinq mille faits, fournis tous

par la pratique des plus grands chirurgiens actuellement existans en Europe; voici les conclusions générales auxquelles il est arrivé. Sur les 5,715 opérations de taille qu'il a pu analyser, il trouve 1,141 morts 4,478 guérisons complètes, et une centaine d'infirmités consécutives. Ainsi, dans les cas seuls dont on connaît bien les résultats, la mortalité est d'environ un cinquième pour tous les âges. Or il est bon de rappeler que plus de la moitié de ces malades n'avaient pas atteint leur quatorzième année; et l'on sait qu'à cet âge les chances de guérison sont au moins doubles.

Par contre, ces mêmes tableaux portent un total de 257 malades opérés par la lithotritie, et parmi lesquels il n'y a eu que six morts, encore sur ce nombre à peine s'il y avait deux ou trois individus avant l'âge de 14 ans; ce qui ne donne pas un mort sur 42 malades opérés par la lithotritie.

Et pour compléter la démonstration de la supériorité de la lithotritie sur la lithotomie, nous ajouterons que, depuis la découverte de la lithotritie, parmi un nombre assez considérable de médecins atteints de la pierre, à peine en citerait-on qui aient eu recours à la lithotomie : tous ont été opérés par la lithotritie.

Mais, en bonne logique, comme en bonne médecine, ce n'est pas sur ce terrain que la discussion doit être portée aujourd'hui. Il ne s'agit pas en effet de repousser entièrement la lithotomie pour lui substituer toujours la lithotritie : personne ne conteste à présent que dans un assez grand nombre de cas, la lithotritie ne soit difficile, dangereuse, impossible et par conséquent alors la lithotomie ne soit préférable, ou même indispensable; la question clairement posée se résumerait donc ainsi : quelles sont les conditions pathologiques dans lesquelles la lithotritie offre le plus de chances de succès; quelles sont au contraire les circonstances où force sera de recourir à l'opération sanglante? En d'autres termes, formuler les indications relatives et de la lithotritie et de la taille. Voyons à présent ce que les tableaux de M. Civiale auront fourni pour conduire à la solution de ce problème.

Nous saisissons avec empressement cette occasion de parler ici de l'application du calcul des probabilités à la médecine. Ce sont surtout des questions de pareille nature que les médecins doivent porter dans cette enceinte. Ils sont assurés d'y trouver des juges attentifs, des juges compétens.

La médecine, dont les propres travaux sont difficiles, lents, sans éclat et sans gloire, à trop souvent cherché à s'accoler aux idées que l'opinion du jour tient en vogue. C'est ainsi qu'en ce moment, on veut sans cesse appliquer la statistique à la plupart des questions transcendantes de la thérapeutique. Or, dans ce cas, la statistique n'est autre chose au fond qu'un essai d'application du calcul des probabilités. Essayons de découvrir ce qu'il faut en penser.

En matière de statistique, c'est-à-dire dans les divers essais d'appréciation numérique des faits, le premier soin avant tout c'est de perdre de vue l'homme pris isolément pour ne le considérer que comme une fraction de l'espèce. Il faut le dépouiller de son individualité pour arriver à l'élimination de tout ce que cette individualité pourrait introduire d'accidentel dans la question.

En médecine appliquée au contraire, le problème est toujours individuel, les faits ne se présentent à la solution qu'un à un; c'est toujours privativement de la personnalité du malade qu'il s'agit, et finalement ce n'est jamais qu'un seul homme avec toutes ses idiosyncrasies que le médecin doit traiter. Pour nous les masses restent tout-à-fait en dehors de la question.

Le calcul des probabilités, en général, montre que, toutes choses égales d'ailleurs, on se rapproche d'autant plus de la vérité ou des lois dont on cherche la détermination, que les observations dont il s'agit embrassent un plus grand nombre de faits ou d'individus à la fois. Ces lois, alors, par la manière dont on les a déterminées, ne présentent plus rien d'individuel; on ne saurait, par conséquent, les appliquer aux chances relatives à un seul homme, sans s'exposer à de nombreuses erreurs.

Toutes les applications que l'on voudrait en faire, même dans de certaines limites, à un cas isolé en particulier, seraient passibles d'erreur. Où arriverait-on si l'on prétendait, par exemple, assigner positivement le sexe de l'enfant qui va naître, d'après le rapport assez exactement établi du nombre proportionnel des naissances masculines aux naissances féminines? Quel résultat pourrait-on atteindre si l'on cherchait à fixer l'époque à laquelle Pierre doit mourir, en faisant usage des tables générales de la mortalité?

Le calcul des événemens antérieurs ou connus, dans le but de s'élever à un certain ordre de probabilités, pour les circonstances qui appartiennent aux événemens analogues futurs ou inconnus, ne peut fournir d'inductions valables que dans les cas où l'on ne connaît pas du tout l'événement à venir pour lequel on opère : or, telle n'est jamais la condition du médecin au lit du malade.

La statistique mise en pratique, qui est toujours en définitive le mécanisme fonctionnant du calcul des probabilités, appelle nécessairement des masses infinies, un nombre illimité de faits, non-seulement en vue d'approcher le plus près possible de la vérité, mais aussi afin d'arriver à faire disparaître, à éliminer, autant qu'il est possible, et à l'aide de procédés connus, les nombreuses sources d'erreurs si difficiles à éviter.

Tout diffère dans l'ordre médical; les faits sont toujours pour nous très-limités par la nature même des choses; ils le sont encore plus par l'impossibilité où nous sommes de les connaître et de les rassembler tous. A côté de quelques centaines de faits publiés par un petit nombre d'hommes qui écrivent beaucoup, il existe de milliers de faits perdus dans l'obscurité de la clinique muette de cette multitude de médecins qui, au milieu d'une utilité pratique de tous les instans, ne peuvent point écrire du tout, et qui même ont à peine le temps de lire un peu. Ainsi donc, en médecine pratique, les faits sont trop peu nombreux pour entrer

dans le domaine du calcul des probabilités ; et de plus, le plus grand nombre de ces faits échappe bien évidemment au calcul, à la comparaison, au contrôle : or, tous ces faits perdus, quels élémens, quels résultats introduiraient-ils dans la question, dans cette arithmétique médicale? Nul n'oserait le dire.

Les géomètres qui se sont livrés au calcul des probabilités, ont tous insisté sur la nécessité d'apporter la plus grande rigueur, l'attention la plus soutenue dans la classification des faits, afin d'éviter ces associations irréfléchies, inexactes, qui conduisent si vite à l'erreur. Tous exigent qu'on ne fasse entrer dans un même calcul que des faits du même genre ; des faits comparables entre eux, des faits enfin qui aient été soumis à un examen, à une analyse préalable, de telle sorte que l'on arrive à fixer, autant qu'il est possible, les conditions d'analogie ou de dissemblance qu'ils réunissent.

Il s'en faut que ces conditions puissent être sévèrement remplies pour les observations de médecine. Ici, on doit craindre tout à la fois, et les erreurs qui naissent dans la nature même de la question, et les erreurs que peuvent y introduire les hommes qui cherchent à la résoudre.

Dans un tel ordre de faits, tant de conditions variables, tant de circonstances diverses, tant d'élémens opposés, entrent inévitablement dans la question, et y transportent un si grand nombre d'actions accidentelles, irrégulières, perturbatrices, qu'il est impossible de les renfermer dans des limites calculables. L'expérience a prouvé que, dans des circonstances données, on peut opérer un nombre assez considérable de malades sans en perdre un seul, tandis que dans d'autres circonstances, on perd presque tous ceux qu'on opère.

La diversité des constitutions médicales, même pour des trimestres qui se correspondent, introduit de notables différences. Tantôt en effet les succès sont faciles, nombreux, assurés, parce que l'opération et ses suites marchent sans embarras, sans obstacle ; tantôt au contraire les revers sont prompts, fréquens et presque inévitables, parce que des dégénérations inflammatoires vives, des complications bilieuses graves, de violens accidens nerveux viennent s'y joindre.

Bien plus, le procédé opératoire lui-même, non-seulement considéré en soi, mais envisagé aussi par rapport à la main qui l'exécute, en raison de cette confiante sécurité que donne l'habitude qu'on a de le mettre en pratique ; la saison, le climat, et jusqu'au lieu où se fait l'opération, tout influe sur les succès. Ces succès ne sont point du tout les mêmes dans un grand hôpital toujours plus ou moins encombré, dans un petit hôpital dont la population est ordinairement moindre, même toutes choses égales d'ailleurs, ou dans une maison particulière.

La durée de la maladie antérieurement à l'opération, la variété des ravages que la présence de la pierre a causés sur la vessie et ses dépendances ; la constitution générale du malade, sa disposition tant morale que physique au moment de l'opération, le travail incessant de l'organisme livré à l'action plus ou moins puissante de la vie et de ses fonctions ; telles sont quelques-unes des circonstances importantes qui, pour les médecins, rendent les faits si variables, si accidentés, si peu comparables entre eux, si susceptibles de ces nombreuses sources d'erreurs qu'aucune loi de probabilités ne pourrait embrasser. Remarquez bien d'ailleurs que, entre toutes ces circonstances, il n'en est pas une seule qui se trouve dans la catégorie de celles que leur petitesse puisse faire négliger dans le calcul.

Finalement en médecine les circonstances, les causes même régulières des phénomènes sont le plus souvent compliquées, cachées, inconnues, et leur action est troublée, intervertie par un si grand nombre d'accidens, qu'elles sont tout-à-fait insaisissables par le calcul. Le calcul, en effet, ne saurait atteindre le minutieux détail des combinaisons quand elles sont à ce point variables, quant elle se multiplient et se compliquent au-delà d'un certain terme.

Lorsque notre célèbre Morgagni, avec toute la puissance de son génie, également habile à colliger des faits et à déduire de leur ensemble les plus judicieuses et les plus justes conclusions, a dit : *Non numerandæ sed perpendendæ observationes*, il ne faut pas compter, mais il faut peser les faits ; il a énergiquement exprimé l'une des conditions les plus importante du calcul des probabilités applicables à la médecine pratique.

A présent, de ce que l'inflexibilité du calcul et la rigueur apparente des chiffres ne sauraient être appliquées d'une manière absolue à la médecine, est-ce à dire que notre science n'a point aussi une série applicable de probabilités, qu'elle manque d'un certain degré d'assurance dans sa marche, et qu'il lui reste à souhaiter jusqu'aux moindres certitudes dans ses résultats? Non, sans doute ; et ici nous aurons encore pour nous l'assentiment des plus célèbres géomètres ; la condition des sciences médicales, à cet égard, n'est pas pire, n'est pas autre que la condition de toutes les sciences physiques et naturelles, de la jurisprudence, des sciences morales et politiques, etc.

Toutes les fois qu'il n'est point donné à l'esprit humain de s'élever jusqu'à cette certitude mathématique que l'on trouve en astronomie, par exemple, l'exigence ultérieure de la raison veut que l'on fasse marcher ensemble ce qui frappe l'imagination et ce qui persuade l'entendement : la logique des faits appelle à son secours la logique de la pensée. Le raisonnement prend alors la forme d'une sorte de calcul dont le résultat acquiert de l'empire sur notre croyance, précisément par l'effet de la répétition des jugemens ou des observations. La bonté de ce calcul dépend, ici comme partout, du choix des données, et ensuite du bon emploi qu'on en fait ; et ce bon emploi ne peut consister que dans l'examen le plus détaillé des circontansees de chaque donnée, dans le soin de les décomposer autant qu'il est possible, afin de n'avoir à prononcer que sur des propositions d'une égale simplicité, d'une égale évidence ; et surtout afin de tenir son esprit en garde contre toute par-

tialité en faveur du résultat quel qu'il puisse être (1).

Ajoutons que, sur presque tous les points, le calcul ne donne guère que ce que l'induction a déjà fourni, ce que la raison seule aurait au moins fait soupçonner (2).

On le voit clairement, l'induction, l'analogie, des hypothèses fondées sur les faits et vérifiées, rectifiées sans cesse par de nouvelles observations; un tact heureux donné par la nature et fortifié par de nombreuses comparaisons entre les indications qu'il fournit et l'expérience qui le guide, tels sont les principaux moyens de parvenir à la vérité (3).

Après ces réflexions dont nous serions presque tentés de nous excuser auprès de l'Académie, nous avons hâte de rendre à M. Civiale la justice et le tribut d'éloges qu'il a déjà plusieurs fois mérités et obtenus ici. Aujourd'hui nous devons dire que son nouveau travail, tel qu'il est, aura fourni de nouvelles preuves à la démonstration des avantages que présente, dans la majorité des cas, la substitution d'une opération simple, facile, exempte de grands périls, à une opération grave, effrayante, douloureuse, et qui constituait jusqu'à ce jour l'unique ressource de l'art.

Les commissaires invitent M. Civiale à continuer ses recherches statistiques, dans le but de les rendre plus nombreuses, plus circonstanciées et plus concluantes, et, en même temps, ils ont l'honneur d'appeler sur ce travail l'approbation de l'Académie (4).

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

Clinique chirurgicale de l'université de Heidelberg pendant les années 1830 *à* 1834, par M. le professeur Chélius.

C'est un usage assez commun en Allemagne, en Italie et même en Angleterre qu'un professeur de clinique laisse écouler une ou plusieurs années avant d'en présenter au public un compte-rendu à peu près complet. Sans doute alors il arrive que bien des parties de ce compte-rendu n'offrent qu'un intérêt très-ordinaire; mais le laps de temps écoulé a permis aussi de rassembler des observations curieuses, d'accumuler les faits spéciaux, dont le lecteur fait avec profit le triage. Nous ne reproduirons donc point complétement la revue clinique du professeur Chélius, et nous préférons donner avec quelque étendue les articles suivans qui nous ont paru le plus réellement importans.

Calculs urinaires dans le scrotum.

Obs. — Ch. Wildner de Dossenheim, âgé de 55 ans, laboureur, né de parens sains, marié à 31 ans, père d'enfans également sains, avait d'abord été soldat dès l'âge de 13 ans. Sa santé n'avait jamis été altérée jusqu'à l'âge de 30 ans, lorsque, dans le courant de mai 1810, il tomba, dans une position verticale, les jambes écartées, d'un cerisier sur un pieu fixé en terre, et dont la pointe vint frapper contre la partie antérieure du périnée. Cet accident fut suivi d'une enflure considérable, circonscrite, dure, très-douloureuse, mais sans déchirure des parties externes. L'urine, d'une émission douloureuse, quoique évacuée à pleins jets, fut d'abord mêlée à beaucoup de sang, et plus tard à une sérosité purulente tachée de stries sanguinolentes. L'enflure diminua peu à peu jusqu'au volume d'un œuf de poule. Au bout de trois semaines les fortes douleurs, l'écoulement sanieux et la souffrance en urinant avaient cessé; mais il resta un écoulement glaireux et une sensibilité de la tumeur, augmentant par la pression. Plus tard la dysurie revint; souvent le jet de l'urine s'arrêtait tout à coup, et le malade ne parvenait à uriner de nouveau qu'après avoir changé à plusieurs reprises de position. D'autres fois l'excrétion n'avait lieu que goutte à goutte; d'autres fois c'était un ténesme, un besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire; souvent aussi le gland et la partie postérieure de l'urètre devenaient le siége d'un sentiment d'ardeur et de prurit tellement forts, que le malade, pour se soulager, était obligé de pincer le gland entre ses doigts, et de l'éloigner de tout frottement contre d'autres parties du corps. Cependant ces incommodités n'étaient point continues, et il y avait des momens où Wildner urinait avec facilité, mais jamais sans rendre de mucosités.

Cette alternative de douleurs et de mieux-être dura ainsi jusqu'au 6 mars 1834, environ vingt-quatre ans; alors les urines se supprimèrent tout à coup sans cause appréciable. De vives douleurs se firent sentir dans la tumeur et surtout dans la vessie, qui vint proéminer au delà des pubis.

Le 10 mars 1834, le malade vint réclamer des secours à la clinique chirurgicale de Heidelberg. On commença par introduire un cathéter dans la vessie, par lequel le malade rendit une grande quantité d'urine entremêlée de beaucoup de glaires et d'un peu de sang. Le bec de la sonde, d'une application difficile, avait rencontré un obstacle à la partie de l'urètre correspondant à la tumeur du périnée; c'était comme un corps solide, et on sentait la sonde glisser dans une certaine étendue à travers des concrétions pierreuses.

Transporté quelques jours plus tard à l'hôpital, un examen attentif du malade conduisit au résultat suivant :

A la partie supérieure et postérieure du scrotum, entre ce dernier et le périnée le long de la direction du raphé, se trouvait une tumeur dure, ovalaire, de la

---

(1) Lacroix, *Calculs des probabilités.*

(2) Condorcet, *Essai sur l'application de l'analyse à la probabilité des décisions à la pluralité des voix.* (Discours préliminaire.)

(3) Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités.*

(4) Voir à l'Académie des sciences la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport.

grosseur d'un œuf de poule, mobile, et se laissant circonscrire de tous côtés par le toucher. La peau recouvrant la tumeur est de couleur naturelle et mobile; la tumeur elle-même facile à séparer de l'urètre. Les douleurs, peu sensibles à un léger toucher, augmentaient par une pression plus forte; tant dans la tumeur que dans la portion de l'urètre située immédiatement avant cette dernière. A la partie postérieure et supérieure de la tumeur on sentait comme de petites pierres faciles à déplacer, et dont on entendait très-bien le frottement des surfaces. Les calculs de la partie antérieure étaient plus grands et se laissaient déplacer avec une égale facilité.

Les mêmes difficultés se reproduisirent lors d'une nouvelle introduction de la sonde, dont le bec, d'abord arrêté au commencement de la tumeur, ne put aller plus avant qu'en se creusant pour ainsi dire une route par-dessus les concrétions pierreuses.

On put donc diagnostiquer *la présence de calculs dans le scrotum, communiquant par une ouverture avec l'urètre;* le siége, la forme, le mode de développement de la tumeur, le frottement manifeste des pierres les unes contre les autres, et le choc de la sonde étaient autant de signes qui venaient confirmer ce diagnostic. En effet, lors de la chute, il s'était fait, sans lésions des parties externes du périnée, une déchirure des parois de l'urètre, comme le prouvait l'écoulement de sang par ce canal. Immédiatement après la contusion, l'urètre étant resté libre d'ailleurs, il s'était épanché une petite quantité de l'urine par l'endroit détourné dans le tissu cellulaire environnant, et il s'était formé ainsi une infiltration d'urine circonscrite. Le liquide s'étant peu à peu décomposé dans cette poche, il s'y était formé des concrétions pierreuses.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la tumeur n'avait subi aucun changement de dimension depuis les premiers jours jusqu'au moment actuel.

Le première indication qui se présenta fut l'extraction des calculs. Quoique l'opération fût assez simple et peu importante en elle-même, il restait néanmoins douteux si la guérison serait radicale, ou si l'on n'aurait point à craindre de fistule urinaire, vu la durée et le volume assez considérable de la tumeur.

Cependant l'opération fut fixée au 11 mars 1834.

On commença par introduire un cathéter jusque vers le milieu de la tumeur; mais arrivé là on ne put d'aucune manière le faire avancer dans la vessie; ensuite, le malade couché comme pour l'opération de la taille, on incisa les tégumens sur le milieu de la tumeur et dans toute sa longueur. On aperçut dès lors une enveloppe formée par un tissu cellulaire condensé qui entourait les calculs comme d'un sac commun; mais il paraissait partagé par des brides ligamenteuses en divers lobules, de sorte qu'il était facile de distinguer la place de chaque calcul, se touchant par leurs surfaces les uns les autres; une première petite incision faite à cette poche membraneuse, on l'aggrandit vers le haut et vers le bas avec le bistouri boutonné dans la direction de l'incision des tégumens; les calculs apparurent alors juxta-posés exactement l'un contre l'autre comme les pierres d'une voûte, de telle sorte qu'on ne put les déranger qu'après avoir enlevé un des plus gros. Il fut ensuite facile d'extraire les autres soit avec les doigts, soit avec le gorgeret. On en sortit ainsi 27; on vit alors dans le fond de la tumeur, dont les parois internes étaient lisses et uniformes, le cathéter qu'on put facilement introduire dans la vessie; l'ouverture de l'urètre par laquelle on apercevait la sonde avait plus d'un demi-pouce; cette dernière resta à demeure et fut fixée de la manière ordinaire.

Le malade fut couché dans son lit sur le côté, et la plaie recouverte d'une éponge imbibée d'eau fraîche que l'on renouvela de temps en temps.

Il ne survint aucun accident; le troisième jour le cathéter en argent, qui occasionait quelque incommodité, fut remplacé par une sonde en gomme élastique.

Les bords de la plaie s'adaptèrent si parfaitement qu'on parut avoir affaire à une réunion par première intention; mais l'urine, qui laissait déposer un sédiment muqueux abondant, tout en s'écoulant librement par la sonde, finit au bout de quelques jours par suinter, en petite quantité il est vrai, à travers les bords de la plaie qui, surtout vers le milieu, étaient écartés, durs et tuméfiés.

L'écoulement continuel de l'urine, malgré le renouvellement fréquent de l'éponge et les plus grands soins de propreté, occasiona des excoriations et une éruption pustuleuse qui s'étendit sur le scrotum. Des lotions d'eau tiède furent faites sur la plaie et les parties environnantes, et on recouvrit la première de plumasseaux de charpie sèche; le scrotum fut relevé au moyen d'une compresse.

Le 23 mars on renouvela le cathéter. La plaie se rétrécit considérablement, la dureté des bords se dissipa entièrement; le suintement de l'urine devint plus faible, et l'excoriation ainsi que l'éruption pustuleuse disparurent tout-à-fait. La plaie fut touchée chaque jour avec la pierre infernale; la sonde fut de nouveau changée le 28.

Enfin l'écoulement de l'urine cessa totalement, et la plaie se cicatrisa sans qu'il restât la moindre dureté ni enflure.

Le 7 avril, le cathéter fut enlevé: comme l'excrétion de l'urine se faisait librement par les voies naturelles, qu'au 14 avril elle avait repris sa couleur normale, et qu'il n'était survenu aucun changement à la cicatrice, le malade fut considéré comme guéri. Depuis sa sortie de l'hôpital il s'y est présenté à plusieurs reprises, et aujourd'hui (décembre 1834) la guérison s'est parfaitement maintenue.

Quoique les cas de calculs urinaires hors des voies urinaires (*calculs du périnée et du scrotum*) ne soient pas rares, nous avons cependant cru devoir donner l'observation qui précède, à cause de certaines particularités qu'elle présente. On sait que le plus souvent les calculs du scrotum et du périnée se développent après l'opération de la taille, et lorsqu'il reste une fistule urétrale incomplète, ou dans les cas de fistules uri-

naires complètes qui existent depuis quelque temps. (Louis (1) et Klein (2).) Ici la formation des calculs du scrotum a été évidemment la suite de la déchirure de l'urètre et de l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire environnant. Le plus souvent encore, on ne trouve qu'un seul calcul, qui est renfermé dans une poche formée par le tissu cellulaire condensé, et qui est parfois d'un volume assez considérable. (Louis, Walter (3), Græfe (4) et Gérard (5).)

M. Chelius ne connaît aucun cas où on ait trouvé un si grand nombre de calculs que dans celui que nous avons sous les yeux. Au nombre de vingt-sept, comme nous l'avons vu, différens de grandeur et de forme, mais d'une couleur et d'une composition chimique identiques, juxta-posés par des facettes lisses et unies, ils formaient comme une masse compacte. Dans la première observation de Louis, on trouva six calculs renfermés dans autant de petites poches membraneuses séparées; le gros, de 10 onces et demie, paraissait, d'après cet auteur, formé de plusieurs autres, qui s'étaient d'abord développés d'une manière isolée, puis avaient en grossissant rompu leurs parois celluleuses et s'étaient réunis en une seule masse. Il est possible, quoique assez rare, que l'urine, en s'épanchant par une ouverture de l'urètre dans quelques cellules du tissu lamineux, forme en se décomposant des calculs isolés; mais il est difficile de concevoir que ces mêmes calculs puissent, après avoir rompu leur poche, se souder en une seule masse; car, comme cela arrive pour les calculs rénaux et vésicaux dans les circonstances semblables, ces concrétions pierreuses ont plutôt, par le frottement continuel de leur surface, une tendance à se polir et à changer leurs côtés en facettes unies et lisses. Cette disposition des surfaces n'a été trouvée dans aucun cas aussi prononcée que dans le cas présent.

En incisant les calculs, on les trouva formés de deux couches, l'une extérieure, blanche, compacte, composée de lamelles jaune brunâtres concentriques; l'autre intérieure, formée de lamelles également concentriques, d'un brun plus foncé, et minces, renfermant un noyau central de même couleur.

D'après l'analyse chimique, les couches extérieures se composaient de phosphate de chaux, de phosphate de magnésie et d'ammoniaque de carbonate de chaux, d'un peu de matière animale, d'une assez grande proportion de ce qu'on appelle principe extractif, de mucus vésical et d'un peu de graisse; les couches centrales étaient formées principalement d'oxalate de chaux avec un peu de phosphate de chaux, d'une matière animale provenant peut-être du sang, de mucus vésical et d'un peu plus de graisse que les couches extérieures.

Remarquons ici que le noyau de ces calculs se composait d'*oxalate de chaux* avec des traces de *phosphate de chaux;* Il en résulte que d'une part, l'oxalate de chaux ne forme pas à lui seul le noyau des calculs, comme on l'a prétendu, et que de l'autre ce sel peut se trouver réuni, dans le noyau, avec de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque, et dans les couches avec d'autres sels phosphatiques.

Ligature des artères thyroïdiennes supérieures dans le goître lymphatique.

Des succès répétés ont confirmé le professeur de Heidelberg dans l'opinion favorable émise par lui sur la ligature des artères thyroïdiennes supérieures dans le traitement des goîtres très-volumineux, en opposition avec d'autres chirurgiens qui rejettent cette opération. Dans tous les cas de *goître lymphatique*, où ces artères sont remarquablement dilatées et sensibles au toucher, leur ligature est tout aussi bien indiquée que dans le *goître vasculaire;* lors même que dans le premier cas il ne disparaîtrait pas aussi vite ni au même degré que dans le second, cependant il en résulte toujours une diminution assez notable pour que les accidens les plus pénibles doivent disparaître, ou du moins considérablement s'amender. On a objecté que dans certains cas, cette opération avait eu une issue funeste, soit par hémorrhagie, soit par inflammation consécutive; mais par des soins et un traitement bien entendus, ce sont des accidens qu'on peut éviter, toutes les fois cependant qu'il n'existe pas en même temps une altération morbide du cœur et du système artériel, comme cela arrive fréquemment dans les cas de goîtres très-volumineux. D'ailleurs, lorsqu'après la ligature des artères thyroïdiennes on n'a pas obtenu le résultat désiré, on peut toujours, et avec plus de chances de succès, avoir recours à un autre procédé opératoire.

Dans quatre cas où M. le professeur Chelius a fait la ligature des artères thyroïdiennes supérieures, le succès de l'opération n'a été entravé par aucun accident. Dans les deux observations suivantes, on verra quelle ressource offre cette opération, même dans les circonstances les plus défavorables.

Obs. I. — G. Haltenstein, de Manheim, âgé de 26 ans, ayant eu dans ses premières années un léger engorgement des glandes du cou qui se dissipa spontanément, fut atteint, à l'âge de 14 ans et d'une manière insensible, d'une tuméfaction de la glande thyroïde, sans qu'il y fît d'abord attention. A seize ans, par suite de fatigues et de lourds fardeaux portés sur la tête; la tumeur prit peu à peu un accroissement considérable; il y a quatre ans elle a commencé à devenir gênante pour le malade; depuis deux ans son volume n'a plus augmenté.

Ce bronchocèle, de nature lymphatique ou plutôt

---

(1) Mémoire sur les pierres urinaires formées hors des voies naturelles de l'urine. (Mémoires de l'Académie de chirurgie, vol. 3, p. 232.)

(2) Im neuem chiron, t. 1, p. 56.

(3) Salzb. med. chir. zeitung, 1812, vol. 2, p. 253.

(4) Journal de Græfe et walther, vol. 3, p 399 et 694.

(5) Idem, vol. 6, p. 366.

sarcomateuse, comme nous le verrons présente une tuméfaction presque uniforme, mais cependant plus prononcée à gauche ; la portion supérieure du lobe gauche surtout fait une plus grande saillie, et s'élève plus haut que la portion correspondante du lobe du côté droit. De plus, la tumeur offre une portion centrale et deux latérales séparées visiblement par deux sillons, et faciles à distinguer par le toucher. Il existe dans toute son étendue une tension partout égale ; seulement à gauche on sent quelques points plus durs. La peau n'est point changée, si ce n'est qu'elle est parcourue en tous sens par des veines variqueuses bleuâtres.

La tuméfaction s'étend depuis l'os hyoïde jusque et même un peu au-delà de la partie supérieure du sternum ; le muscle sterno-cléido-mastoïdien est recliné des deux côtés.

Dimensions avant l'opération

La plus grande circonférence à la base de la tumeur,	25 pouces	4 lignes.
Etendue d'un angle de la mâchoire inférieure à l'autre, en passant par-dessus la tumeur,	18	6
Etendue transversale passant par-dessus les parties les plus volumineuses,	15	»
Depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum, en passant par dessus le milieu de la tumeur,	7	10

A la partie supérieure gauche on sent battre l'artère thyroïdienne dans une étendue de plus d'un pouce ; cependant l'artère elle-même n'est pas d'un calibre considérable. Du côté droit les battemens sont plus faibles et plus sensibles ; on perçoit encore le battement d'autres artères, d'une surtout qui traverse la tumeur dans son milieu et de haut en bas. Les pulsations des carotides s'entendent très-fortement derrière le tête, et à chaque battement on perçoit du côté gauche et à l'angle inférieur du goître un bruit aigu, comme si le sang était poussé à travers une ouverture plus étroite.

Les incommodités occasionées par la présence du goître sont très-graves ; le malade dort peu ; il n'avale qu'avec peine ; sa respiration est courte et difficile ; elle le devient surtout après l'ingestion des alimens, et au moindre effort il survient de l'oppression de poitrine et des maux de tête passagers ; du reste sa santé ne se trouvait pas gravement altérée ; cependant il demandait constamment d'être débarrassé de ses maux. On eut donc recours à la ligature des artères thyroïdiennes, comme le moyen le plus convenable.

On entreprit la ligature de l'artère thyroïdienne gauche le 23 mars 1834, après l'avoir incisée sur son trajet que l'on put déterminer par les pulsations, et l'avoir isolée non sans quelque peine, parce qu'elle se trouvait entièrement enfoncée dans un sillon du goître, et était d'une dimension très-petite. On réunit la plaie avec l'emplâtre agglutinatif, et on fit aussitôt une saignée très-abondante. Le repos du lit et une diète antiphlogistique très-sévère furent prescrits pour la suite du traitement. Le soir, état de bien-être ; le goître s'est affaissé ; il est entièrement aplati du côté gauche, froid et insensible au dire du malade. La réunion de la plaie se fit sans accident remarquable ; déjà dès le quatrième jour, après l'opération, le goître était revenu aux dimensions suivantes :

Contour de la base diminué de	5 pouces	3 lignes
Etendue transversale passant par-dessus le point le plus volumineux de la tumeur, diminué de	2	6
Etendue de haut en bas, passant par-dessus le milieu de la tumeur, diminuée de	3	

Peu à peu les incommodités auxquelles le malade était sujet diminuèrent, et il put de nouveau retourner à ses occupations.

La tumeur continua à s'amoindrir de plus en plus. Vers la fin de 1834, le côté gauche du goître était devenu remarquablement plus petit que le droit ; le malade était entièrement débarrassé de ses accidens antérieurs. On lui a conseillé, dans le cas où la tumeur du côté droit augmenterait et donnerait lieu à de nouvelles incommodités, de se soumettre à une seconde opération ; mais jusqu'à présent la nécessité ne s'en est point fait sentir. Le printemps suivant, Haltenstein est parti pour la Hongrie, d'où on n'a pas reçu de ses nouvelles.

Obs. II. — N. K. de K., 30 ans, faible, sujet à divers accidens scrophuleux, atteint à 11 ans de petite vérole, commença à la même époque à être incommodé par un goître qui alla toujours en augmentant. Il est à remarquer que cette infirmité est héréditaire dans sa famille : sa mère et cinq de ses frères et sœurs en sont affectés. La tumeur ayant fait des progrès rapides, et la respiration du malade s'en trouvant gênée, ce dernier, après avoir en vain essayé de remèdes à l'intérieur, se présenta en juin 1832 à la clinique chirurgicale.

La tumeur, de la grosseur des deux poings, correspond au lobe gauche de la glande thyroïde ; elle a la forme d'une poire, et appuie par un pédicule qui n'est pas très-large sur le côté gauche du larynx et de la trachée-artère ; sa partie inférieure, plus grosse, retombe jusque sur le tiers supérieur du sternum La tumeur est dure, bosselée, parcourue en tous sens d'une quantité de veines volumineuses ; en plusieurs endroits il existe des traces de l'application du séton ; la peau y est adhérente à la tumeur. L'artère tyroïdienne supérieure, qui est très-dilatée, se sent dans une très-grande étendue, par ses fortes pulsations.

Dans ce cas la dureté, la conformation bosselée, la longue durée de la tumeur, les applications antérieures du séton et le changement de texture qui devait en être résulté, laissaient peu à espérer de la ligature des

artères thyroïdiennes ; c'était plutôt un cas d'extirpation de la glande. Cependant on se décida pour la ligature, espérant, si on n'obtenait pas une diminution marquée de la tumeur, rendre par là son extirpation plus facile.

La ligature des thyroïdiennes supérieures eut donc lieu avec beaucoup de facilité; on eut soin de pratiquer une saignée au bras; la réunion de la plaie eut lieu sans accident. La tumeur, de suite après l'opération, devint flasque et molle, et diminua peu à peu d'une manière si notable, que le succès dépassa toute attente. Après un séjour prolongé à l'hôpital, pendant lequel le goître perdit encore, mais non sensiblement, de son volume, le malade fut renvoyé, avec le conseil de se représenter en cas de nécessité.

Les procédés à suivre dans la ligature des artères thyroïdiennes doivent, suivant M. le professeur Chelius, varier selon les circonstances. Il est impossible de déterminer d'avance la direction dans laquelle on devra faire l'incision pour arriver au vaisseau; le professeur de Heidelberg croit illusoires les règles données à cet égard par Jameson, Zang, Walther, Langenbech, Bujalski; il pense que la thyroïdienne supérieure ne suit jamais de direction constante, et que souvent elle est déplacée par la tumeur elle-même. Le seul guide à suivre, c'est d'inciser sur le point où l'on sent les pulsations les plus manifestes; tantôt on est obligé de lier au-dessus, tantôt au-dessous du muscle omo-hyoïdien. L'opération se fait avec une égale facilité dans l'un et l'autre cas.

Sur le traitement des rétrécissemens de l'œsophage.

La guérison des rétrécissemens de l'œsophage doit être comptée parmi les problèmes les plus importans et les plus difficiles de la thérapeutique. Heureusement que cette maladie est rare, en comparaison des rétrécissemens d'autres canaux de l'organisme. En général, le malade n'y fait pas assez attention dans le principe; le médecin la méconnaît souvent, et quand même on la combat par un moyen approprié, l'application de ce dernier n'est pas sans danger; car si on ne procède pas avec beaucoup de ménagement et de dextérité, on s'expose facilement à blesser les parois de l'œsophage, à faire de fausses routes, et par là à hâter encore l'issue funeste de cette triste affection.

Il n'est pas de maladie qui exige un traitement plus doux, plus circonspect et plus persévérant que les constrictions de l'œsophage. L'emploi des bougies est ici le seul moyen qui mène à un résultat. Dans les rétrécissemens simples de l'œsophage, qui, à l'instar d'un simple pli de la membrane interne, n'occupent ordinairement qu'une étendue très-courte, cette méthode suffit à elle seule. Dans les cas, au contraire, où les parois de l'œsophage sont devenus squirrheux ou calleux, il faut joindre à l'usage des bougies celui d'autres moyens externes et internes qui devront varier selon la nature du mal. Dans ce dernier cas, le traitement est toujours incertain; M. Chelius ne connaît aucun cas où l'on ait obtenu une véritable guérison de dégénérescence squirrheuse des parois du conduit alimentaire, c'est cependant le seul moyen alors de soulager le malade et de prolonger son existence.

La méthode qu'on suivait autrefois dans l'emploi des bougies ne pouvait, même dans la constriction œsophagienne la plus simple, avoir un succès durable. L'introduction pure et simple des sondes œsophagiennes ordinaires, du plus petit jusqu'au plus grand calibre, soulage bien et améliore l'état du malade pour quelque temps; elle peut même rétablir la liberté de la déglutition; mais en général on n'obtient pas un succès assuré, et il se fait des rechutes tôt ou tard. Dans sept cas de rétrécissement simple de l'œsophage, que M. Chelius a eu occasion de traiter par cette méthode, il n'a obtenu qu'un seul succès durable; dans tous les autres, le mal s'est montré de nouveau et a nécessité l'emploi répété des bougies. Il était donc indispensable de songer à un moyen qui assurât la guérison d'une manière permanente, et qui dans son emploi ne l'exposât pas à des accidens ou à des suites dangereuses. Les essais qui ont été tentés surtout par les médecins anglais avec des bougies armées de *pierre infernale* (1), doivent être condamnés dans toutes les espèces de constrictions œsophagiennes. Cette opinion est partagée même par les chirurgiens anglais les plus expérimentés.

Jameson (2) a conseillé un dilatateur ovalaire en ivoire, qu'il fait pénétrer trois ou quatre fois à travers l'étranglement, soit en l'introduisant seul, soit avec une sonde munie d'un bouton sphérique.

M. Chelius, après avoir parlé longuement de la méthode et de l'instrument de Fletcher, dit que, éclairé par les fréquentes récidives qu'il a eu occasion d'observer dans le traitement des rétrécissemens de l'œsophage par la méthode ordinaire, il a été conduit à faire usage des bougies fusiformes, comme celles dont se servait Ducamp pour les rétrécissemens du canal de l'urètre.

Par là il n'y a que la partie renflée de la bougie qui porte sur l'endroit de l'étranglement sans fatiguer le reste du conduit alimentaire; et de cette manière la bougie, renflée seulement en un point, ne perd rien de sa flexibilité dans le reste de son étendue. Voici comment M. Chelius fait confectionner ces bougies : il fait glisser sur une sonde œsophagienne ordinaire, jusqu'à environ un pouce et demi de son extrémité, un dilatateur ovalaire creux dans son intérieur, fait en ivoire et perforé latéralement de deux trous qui communiquent ensemble à l'aide d'une rainure pratiquée à l'extérieur. Il fait passer ensuite, à l'aide d'une aiguille, un fil très-fort en soie et bien ciré à travers les deux trous latéraux du dilatateur, et à travers la sonde placée dans son centre. Il noue ensuite les extrémités du fil ensemble, mais de manière à ce que le nœud vienne

(1) Home practical observations on the treatement of strictures in the urethra and œsophagus.

(2) The medical recorder. Philadelphia, janv. 1835.

à se placer dans la rainure, et par là ne diminue en rien le poli de la surface de l'appareil. De cette manière le dilatateur est solidement fixé; il ne peut point se déplacer, et le fil, aussi bien que son nœud, ne forment pas la moindre inégalité. Voici comment M. Chélius s'en sert : avant tout il examine l'œsophage avec une sonde œsophagienne ordinaire, pour s'assurer de la présence et du siége de l'étranglement. Si la sonde ne franchit pas le rétrécissement, il en prend d'autres de plus en plus petites, jusqu'à ce qu'il en ait trouvé une qu'il puisse faire glisser sans le moindre effort à travers la coarctation. Souvent il arrive, dans des cas de rétrécissement très-forts, d'être obligé de recourir à des bougies ventrales de moyenne grosseur. Lorsque la sonde a traversé le rétrécissement, il la laisse en place tant que le malade peut la supporter sans inconvénient très-grave. Quand même la bougie provoque la toux et d'autres symptômes dans le commencement; les accidens disparaissent bientôt, et le malade peut supporter la présence du corps étranger pendant dix minutes jusqu'à un quart d'heure.

Toujours après une première application on observe une amélioration marquée dans la déglutition, quand même on ne se serait servi que de bougies très-minces. De cette manière, on place journellement une bougie dans l'œsophage malade, et on l'y laisse séjourner aussi long-temps que le malade peut la supporter; peu à peu on a recours à des bougies de plus en plus épaisses, jusqu'à ce qu'on puisse les remplacer pas une sonde œsophagienne de petit calibre. Lorsque cette dernière dépasse sans difficulté l'endroit rétréci, on l'introduit garnie du dilatateur en ivoire, et on distingue facilement son passage à travers l'étranglement. On promène l'instrument en le faisant remonter et descendre alternativement à travers le rétrécissement, ou bien lorsqu'on s'aperçoit que son plus grand diamètre correspond au point le plus rétréci de l'étranglement, on le laisse en place pendant quelques instans.

Jamais M. Chélius n'a vu que par là le malade ait éprouvé d'incommodités graves; presque toujours il supporte la sonde munie de son dilatateur presque aussi facilement qu'une sonde œsophagienne ordinaire.

Par l'usage du dilatateur l'amélioration se fait promptement sentir; après quelques jours de son emploi on le choisit d'un volume plus grand, et dans un temps très-court la déglutition devient complétement libre. Il ne faut cependant alors pas arrêter l'introduction des sondes et des dilatateurs, mais les continuer encore long-temps; à des intervalles plus éloignées, comme tous le cinq, huit, et plus tard tous les quinze jours, afin d'assurer la guérison et d'empêcher toute récidive.

Pour engager la sonde dans le pharynx, on place le malade sur une chaise en face du jour; la tête inclinée en arrière, la bouche ouverte, la langue tirée; avant d'introduire la sonde, on remplit son intérieur d'un mandrin en plomb, qu'on retire aussitôt que l'instrument a pénétré assez profondément dans l'œsophage. Par là on a le grand avantage de donner aux bougies, selon son gré, et l'exigence de chaque cas particulier, toutes les courbures qu'on jugera nécessaires; on les fait avancer plus sûrement, sans que, par la présence du fil de plomb, la flexibilité de l'instrument soit le moins du monde diminuée. L'introduction de la sonde dans l'œsophage à travers la bouche est infiniment plus simple et plus sûre qu'à travers le nez. Outre la sensibilité et la douleur que l'introduction de la sonde par le nez éveille chez un grand nombre de personnes, la tendance qu'a l'extrémité de l'instrument à s'engager dans la trachée-artère et les accidens plus fréquens, tels que l'étranglement, l'éternuement et la toux qu'elle fait naître, il est encore à remarquer qu'il est impossible de faire passer une sonde très-grosse par le nez, ce qui est pourtant indispensable si on veut obtenir une dilatation considérable de l'œsophage. La méthode de traitement proposée par M. Chélius n'agit pas à la vérité d'une manière aussi rapide que celle indiquée par Fletcher, mais en l'examinant de près, on voit que c'est en cela précisément que consiste son avantage. On ne peut pas facilement s'imaginer un cas de rétrécissement de l'œsophage où une dilatation subite et forte soit absolument nécessaire. Dans les coarctations très-anciennes et très-rétrécies, où la dysphagie a atteint son maximum d'intensité, on obtient déjà une amélioration marquée par l'introduction d'une première sonde, même des plus petites. De même que l'expérience enseigne que dans les rétrécissemens d'autres canaux, de l'urètre, par exemple, la dilatation lente et graduelle est infiniment préférable à la destruction brusque des obstacles, de quelque manière qu'elle soit exécutée, de même aussi l'œsophage paraît se prêter plus volontiers à la méthode graduelle qu'à la méthode forcée, et il est très-probable aussi qu'une dilatation uniforme, répartie sur toute la circonférence du tube étranglé, est infiniment plus convenable qu'un écartement partiel opéré à l'aide de l'instrument de Fletcher, qui n'agit que sur trois points de l'anneau membraneux qu'il est obligé de traverser. En outre, dans l'ouvrage de Fletcher dont nous avons fait mention, nous ne trouvons pas une seule observation qui constate les avantages de cette méthode opératoire.

M. Chélius fait suivre ces considérations de deux observations.

Obs. I. — Madame de H..., âgée de 50 et quelques années, d'une constitution délicate, d'une complexion sensible, libre de toute espèce de diathèse, éprouva, il y a quelques années, différentes maladies du cou qui furent envisagées comme des lésions rhumatismales et spasmodiques et traitées comme telles. La malade elle-même s'inquiéta d'autant moins de ces incommodités dans le commencement, qu'elle n'éprouvait pas de très-grandes difficultés dans la déglutition, et que souvent ces difficultés diminuaient. On eut recours d'abord aux diaphorétiques, aux antispasmodiques, aux sinapismes, etc. Plus tard, lorsqu'après une inflammation catarrhale du cou, les infirmités devinrent plus marquées, on eut recours aux eaux de Baden. Le mal, loin de diminuer, s'accrut au contraire graduellement, au point

que la déglutition devint des plus pénibles; enfin, la malade ne put plus avaler aucun aliment solide. Des bouillons seuls ne passaient qu'avec grande peine et grande douleur; la malade maigrit considérablement, et ses forces physiques et morales étaient abattues.

Au mois de janvier 1830, la malade vint à Heidelberg. Après qu'elle eut fait part de ses maux, depuis l'époque de son origine jusqu'au point où ils étaient arrivés, M. Chélius ne douta pas un instant de l'existence d'un rétrécissement organique de l'œsophage, ce qu'il put d'ailleurs constater par une exploration de l'organe à l'aide d'une sonde œsophagienne du petit calibre. Il introduisit la sonde par le nez; mais lorsque son extrémité fut parvenue jusqu'au niveau du cartilage cricoïde, elle rencontra un obstacle qui ne permit point de la faire avancer plus loin. Il essaya ensuite une sonde œsophagienne encore plus petite sans plus de résultat. Il ne réussit pas mieux à franchir cet obstacle en se servant d'une sonde urétrale (n° 9); il crut enfin avoir vaincu la difficulté en se servant d'une sonde urétrale plus mince (n° 6), lorsqu'il s'aperçut qu'au lieu de faire des progrès en avant, son bec se repliait et reparaissait dans une direction rétrograde sur la base de la langue.

Cependant après plusieurs essais avec cette dernière sonde, il parvint enfin à franchir l'obstacle, et il reconnut, en faisant avancer ou reculer la tige flexible, la même sensation qu'on éprouve lorsqu'on sent qu'une bougie a pénétré dans un rétrécissement du canal de l'urètre. En voulant tirer la sonde à soi une légère traction ne suffit pas, et il fallut recourir à un effort plus considérable. Il laissa la sonde à demeure pendant environ cinq minutes, et quoique l'irritation produite pendant ce temps fût très-considérable, et que la malade éprouvât de fréquens étranglemens et des éructations, on s'aperçut déjà d'un amendement notable à midi, parce que la déglutition était devenue moins pénible, et que des liquides passaient sans difficulté.

Dès lors on introduisit plusieurs jours de suite la sonde n° 6; ensuite, des sondes de plus en plus épaisses, et enfin on passa aux sondes œsophagiennes du plus petit calibre. Comme l'introduction de ces dernières à travers le nez offrait des difficultés, à cause de l'étroitesse assez notable des narines, on les fit passer par la bouche après les avoir munies d'un mandrin en plomb et leur avoir donné toute la courbure nécessaire pour s'engager facilement dans l'œsophage. De cette manière, on arriva graduellement à l'emploi des sondes œsophagiennes les plus épaisses, en produisant successivement une amélioration proportionnelle dans la déglutition, qui s'exécutait à la fin presque sans difficulté. Pour dilater encore mieux l'endroit rétréci, le ramener à son diamètre primitif, et par conséquent prévenir encore plus sûrement les rechutes, on fit usage de la sonde œsophagienne garnie de son dilatateur en ivoire n° 1, et dès que celui-ci put franchir facilement le passage qui avait été étranglé, on le remplaça par le dilatateur n° 2, et on termina avec ce dernier le reste du traitement.

Vers la fin de la cure, on passa un séton à la nuque pour assurer encore davantage, à l'aide d'une dérivation prolongée pendant un certain temps, le succès obtenu à l'aide du traitement mécanique. Vers la fin du mois de mars, la malade quitta Heidelberg avec le conseil de se faire sonder de temps en temps par son médecin avec la sonde munie de son dilatateur. Jusqu'à présent (décembre 1834.) le succès ne s'est pas encore démenti.

Obs. II. — M. S..., de M..., âgé de 48 ans, d'une constitution forte, souffrait depuis environ 18 mois d'une gêne en avalant, qui s'améliorait de temps à autre, puis empira de nouveau sans cause connue et s'aggrava au point que des bouchées médiocres ne pouvaient plus être avalées et ressortaient dans la bouche en faisant éprouver au malade une strangulation pénible. Très-souvent il survenait quelque temps après le repas une sensation désagréable dans l'œsophage, accompagnée dans le principe d'un afflux incommode de salive dans la bouche et plus tard d'un étranglement fatigant, pendant lequel les alimens qui avaient été arrêtés dans l'œsophage étaient rendus avec des mucosités très-tenaces. Le malade sentait distinctement que l'obstacle qui s'opposait au passage des alimens se trouvait juste au niveau du cartilage cricoïde. Ce malade ayant eu, il y a environ cinq ans, une syphilis qui avait produit des ulcères au cou et avait été combattue par un traitement mercuriel très-énergique, son médecin présuma que cette difficulté d'avaler pouvait bien dépendre du vice syphilitique, et prescrivit le calomel; plus tard, le sublimé avec des tisanes sudorifiques. Ce traitement n'amena aucune amélioration, pas plus que l'usage du liniment volatil, des vésicatoires, etc.

Lorsque le malade eu recours aux conseils de M. Chelius, celui-ci diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage. Une exploration faite avec une sonde œsophagienne ordinaire confirma aussitôt cette opinion, en ce que le bec de la sonde s'arrêta au niveau du cartilage cricoïde et ne put être poussé plus loin, en employant même une pression assez forte. Avec une sonde plus mince, on réussit à franchir l'obstacle sans difficulté notable. Le chirurgien laissa cette sonde en permanence pendant environ dix minutes, et aussitôt après il y eut une amélioration marquée dans la déglutition. On se servit ensuite pendant plusieurs jours d'une sonde mince, que l'on remplaça graduellement par des plus épaisses.

Par là la déglutition s'améliora de jour en jour, au point que des bouchées assez grandes et assez consistantes pouvaient êtres avalées sans difficulté. Pour obtenir une dilatation plus grande encore dans l'endroit où se trouvait la coarctation, on eut recours pendant huit jours au dilatateur n° 1, et puis encore pendant huit jours au dilatateur n° 2, et plus tard, pendant environ deux mois, on ne l'introduisit plus que tous les quinze jours. Le malade a quitté Heidelberg il y a environ deux ans et demi, et depuis ce temps il n'a plus éprouvé la moindre difficulté en avalant.

—

N° 43. — 24 Octobre.

Deuxième lettre chirurgicale à M. Mayor (de Lausanne) *sur les appareils hyponarthéciques ;* par le docteur Munaret.

. . . . *Magis amica veritas.*

J'ai lu dans son temps votre lettre relative à mes observations sur les appareils hyponarthéciques, mon très-honoré confrère, et je me vois dans l'obligation embarrassante d'y répondre. Ce n'est pas la pénurie des ressources justificatives qui me cause l'embarras dont je vous fais le public aveu, mais bien cette dure nécessité de discuter la supériorité de deux appareils qui tendent au même but; qui constituent, malgré la divergence de leur mécanisme, une méthode que nous comprenons; que nous apprécions, que nous prêchons l'un et l'autre, et dont je vous dois l'idée première. Je me suis empressé de vous en témoigner ma reconnaissance dans ma première lettre; mais je jugerais ce sentiment indigne de vous s'il m'empêchait aujourd'hui de penser librement et de m'exprimer de même. Après cet opportun préambule, j'arrive aux faits.

J'espérais qu'avant de répondre à ma première lettre, vous attendriez l'occasion d'expérimenter, de comparer mon appareil avec le vôtre; j'espérais même que votre réponse ne serait qu'une exposition pure et simple de nos résultats comparatifs, et qu'après vous patienteriez, ainsi que moi, avec la réserve d'un plaideur dont le procès est *pendant*, jusqu'à ce que le public chirurgical, d'après des *considérans*, dictés par l'expérience générale, prononçât l'arrêt sans appel. Rien de tout cela, mon honoré confrère, et j'ai quelque raison de m'en étonner.

Sans dire un mot de mon appareil, vous énumérez dogmatiquement cinq motifs de croire à la suprématie du vôtre; vous recommandez même aux praticiens de se tenir en garde contre des difficultés apparentes, de subites inspirations, de hasardeuses innovations, et de rechercher plutôt *dans ce qui a été écrit, et dans les données qu'on a déjà*, les moyens de triompher des uns et de se passer tout-à-fait des autres. Dans la même lettre, et comme pour m'éviter le désagrément de combattre cette quasi-routine, vous écrivez : « Sommes-nous, peut-être, dans une de ces époques où l'on » redoute l'examen, les innovations ? N'y aurait-il donc » plus rien à dire ni à faire au sujet du traitement des » fractures ? » Comment expliquer cette contradiction d'idées chez les même écrivain et dans la même lettre ? Blâmer sans examen les innovations d'autrui, morigéner même la seule velléité d'en faire, et prôner en même temps les siennes, dont l'objet est le même, serait l'indice d'un monopole trop étrange; j'aime donc mieux l'attribuer aux prédilections parfois injustes de votre amour paternel.

J'ai eu tort d'avancer que vous n'aviez pas dit un mot sur mon appareil ; car je remarque dans le paragraphe suivant une chicane de votre part, mais une véritable chicane de mot. Vous avez l'air de me reprocher l'innocente liberté d'avoir emprunté un mot de votre fabrique (hyponarthécie) pour désigner mon appareil, et, comme pour me consoler, vous m'en fabriquez un autre (pannarthécie). Je vous en remercie, monsieur, bien fâché que je suis de ne pouvoir en profiter; car la dernière dénomination n'exprime pas mieux la propriété distinctive de mon appareil, je veux dire *l'emploi d'une poulie pour l'accomplissement et le maintien des mouvemens horizontaux*. Désormais je l'appellerai donc *appareil trochléen* (τροχλος , *trochlea*, poulie). Cette dénomination est aussi barbare et dissonnante que les vôtres; mais elle est d'origine gréco-latine; il faut sacrifier à la mode, même en médecine.

Les deux tiers restant de votre lettre, mon honoré confrère, sont consacrées à l'histoire de deux fractures gravement compliquées, et traitées, à l'époque où vous écrivez, par votre appareil et par les affusions froides (irrigation continue). J'ai lu avec intérêt ces deux hors-d'œuvres; j'approuve et je suis partisan des affusions froides en pareille occurrence, mais j'aurais préféré de votre part un peu plus de fidélité à l'intitulé de votre lettre; cela me rappelle ce mot plaisant de Montesquieu: « Un homme qui vient attaquer toutes les parties d'un » livre et qui n'a qu'une idée dominante, ressemble à » un curé de village, à qui des astronomes faisaient » voir la lune par une lunette, et qui ne voyait dans » la lunette que le clocher de sa paroisse. » Pardonnez-moi cette comparaison, monsieur, elle s'adresse à la dialectique de votre lettre et rien qu'à elle.

Cependant avant de terminer, vous ajoutez : « Je re- » viens à M. le docteur Munaret, et je le félicite surtout » d'être un des premiers chirurgiens français qui aient » entrevu les avantages qu'on peut retirer de l'hyponar- » thécie, jointe à la mobilité par la suspension, dans le » traitement des fractures. » Ce compliment de votre part m'a flatté, malgré sa tournure restrictive. Le spirituel Andrieux disait un jour, à son cours, que cette espèce de félicitation finale était *un morceau de sucre pour faire bonne bouche*. Je termine donc mes remarques critiques sur l'ensemble de votre lettre pour passer à l'examen sérieux des cinq considérations, d'après lesquelles vous récapitulez les titres de supériorité de votre appareil sur le mien.

« 1° La planchette avec la manière de la garnir, de la » suspendre et d'y placer et fixer le membre brisé, n'est » pas seulement usitée dans l'hôpital de Lausanne, mais » son bienfait se fait journellement sentir dans nos vil- » lages, nos campagnes et dans l'asile du pauvre, sans » qu'on se plaigne des inconvéniens que signale M. Mu- » naret. »

Ce démenti formel de votre part me permet de soupçonner, ou que les malades suisses sont d'une nature plus endurante que les nôtres, ou que les médecins suisses, et à leur tête M. Mayor, malgré son habileté d'observation, n'ont pas des *oreilles pour entendre et des yeux pour voir* des inconvéniens graves, nombreux, que j'ai signalés et que je persiste à signaler. (Voir ma première lettre, Gazette médicale, n° 28). En outre et dans

l'intérêt de la seule vérité, j'engage tous mes confrères qui voudront éprouver les avantages incontestables du traitement des fractures des membres inférieurs par la suspension, de s'adresser d'abord à l'appareil aîné, celui de M. Mayor, tel qu'il est décrit dans son ouvrage (1); leur expérience mieux que tous les raisonnemens que je pourrais ajouter, prouvera si j'ai eu tort ou raison de modifier la planchette de Lausanne. Si donc ils lui reconnaissent (ce que je me permets de supposer) des inconvéniens contestés jusqu'à présent; je les prie d'honorer ensuite mon appareil d'un essai comparatif, pour apprécier l'à-propos de ses modifications. Je vais plus loin, mon honoré confrère, car j'affirme que cet essai comparatif des deux appareils sera appréciable, non-seulement par un malade dont l'impressionnabilité des mouvemens et des chocs est plus vive, par un médecin dont l'habitude d'examen et de réflexion surprend les symptômes les plus imperceptibles de gêne et de douleur; mais encore par le premier venu, paysan suisse ou français, qui à l'aide de son gros bon sens et étant successivement établi sur l'un et l'autre appareil, pourra répondre *oui* ou *non*, aux questions suivantes : Votre jambe repose-t-elle mieux sur cette *machine* que sur celle-là? Et lorsque vous voulez, pour vous délasser, passer de la droite à la gauche de votre lit ou autrement, votre jambe peut-elle effectuer ce mouvement et surtout s'y maintenir sans fatigue, plutôt sur cette machine que sur celle-là?

J'espère, M. Mayor, que l'opinion d'un pareil arbitre ne vous paraîtrait pas suspecte, car vous ne pourriez l'attribuer ni à l'aberration d'une sensibilité maladive, ni à la prévention de la science. Eh bien, c'est l'épreuve que je sollicite préliminairement, non-seulement auprès de vous, mais encore auprès de tous mes confrères qui ne voudraient pas, par un scrupule de prudence, confier sur votre parole et sur la mienne un membre véritablement fracturé à ce mode de traitement, sans en avoir constaté d'abord et par leurs yeux, les avantages presque instantanés.

« 2° Tout dans les appareils est calculé en faveur de » la simplicité, de la commodité, de la facilité, de l'é- » conomie, et on ne saurait y toucher, sans compliquer » mal à propos son mode d'agir, sans le compromettre » peut-être et sans le rendre d'une application de moins » en moins utile et populaire. »

Comme je n'établis un parallèle qu'entre votre hyponarthécie tibiale et mon appareil trochléen jambier, je ne dirai rien de votre *selle poplitée*, rien de votre appareil *hyponarthécique fémoro-tibiale*, simple ou articulé; car mon appareil correspondant à ces derniers n'a pas encore subi la sanction de l'expérience. Je reviens donc à votre planchette et j'établis que, si elle est plus simple et plus économique, la semi-botte de mon appareil est plus commode et plus facile.

Plus commode, parce qu'il lui faut moins d'espace pour le loger dans le lit ou sur le lit, et par conséquent elle heurte moins souvent les parois, ce qui évite au membre malade des secousses douloureuses et toujours nuisibles à l'exact et continuel rapport des fragmens; plus commode encore, parce que le membre peut au besoin s'y maintenir sans l'aide des mouchoirs ou des liens, ce qui favorise les pansemens, s'il y a lieu. Quand vous citez la facilité de votre planchette, vous entendez sans doute cette facilité de pouvoir s'en servir, loin du chirurgien; c'est précisément dans le même sens que je revendique cette qualité pour la semi-botte. En effet, monsieur, placez une jambe fracturée sur la planchette, il faudra l'y fixer, malgré son coussin, à l'aide de mouchoirs, dont l'arrangement doit être exactement déterminé par la nature et la situation du mal. Placez le même membre dans la semi-botte préalablement garnie, il s'y emboîtera *panarthécique-ment*, il y séjournera d'une manière presque invariable, et finira par y reprendre, dans la plupart des cas, les rapports de sa conformation normale.

Quand vous m'objectez la simplicité de votre planchette, vous paraissez oublier, mon honoré confrère, qu'en chirurgie surtout la simplicité n'est qu'une qualité tout-à-fait accessoire et subordonnée à l'opportunité. J'en pourrais dire autant sur le compte de son économie. Au reste, quel chirurgien de campagne si dénué de finances ne pourra pas consacrer la somme de 3 fr. au moins, et de 12 fr. au plus (1) à l'achat d'un appareil qui durera autant et plus que sa pratique, et dont il pourra se rembourser à la rigueur, en ajoutant à chaque compte des cliens qu'il aura guéris par son aide *le centime additionnel?* Et si mon appareil se popularise aussi, quelle commune de France éloignée des secours de l'art ne pourra pas voter une pareille somme pour son acquisition et ne s'empressera pas de la voter, si je puis enfin lui persuader qu'à l'aide d'une courte et facile instruction écrite, il permettra à tous ses habitans d'exercer entre eux une espèce de chirurgie mutuelle, et de se garantir ainsi des souffrances longues et inutiles, des difformités, des claudications, des rétributions ruineuses et du charlatanisme brutal des *rhabilleurs?* J'aborde votre troisième considération.

« 3° Depuis près de vingt-trois ans que j'en fais » une étude approfondie et un usage exclusif, j'ai tou- » jours observé que je parvenais constamment à le » perfectionner, à mesure que je le pouvais simplifier » davantage. »

J'ai eu l'honneur de vous rappeler, monsieur, que la simplicité, sur le compte de laquelle vous insistez, n'a de valeur qu'autant qu'elle s'allie, qu'elle favorise l'opportunité. Ainsi je passe outre. A l'égard de votre expérience de vingt-trois ans, que vous invoquez pour légitimer davantage votre manière de voir et de faire, je la respecte infiniment, si vous entendez cette expérience toute philosophique, celle de Zimmerman, celle

(1) Nouveau système de déligation chirurgicale, p. 131.

(1) On peut concilier l'usage de la planchette avec celui de la poulie, qui, tout agencée coûte 3 fr.

qui embrasse l'art dans son universalité, et qui vous a fait ce que vous êtes, un des plus ingénieux chirurgiens de notre temps; mais si vous voulez m'imposer l'influence d'une expérience opiniâtrement spéciale; en d'autres termes, si vous voulez me dire : Parce que, depuis vingt-trois ans, je pense et j'opère ainsi, donc vous devez penser et opérer de la sorte, je prendrai la liberté de vous répondre que l'on ne jure plus par *ipse dixit*, et que si j'ose, en pareille matière, vous opposer une expérience de trois années seulement, c'est que la mienne, écoutant plutôt l'ardeur de son âge que ses forces, poursuit le sentier que vous lui avez indiqué, et sur le bord duquel la vôtre, satisfaite de l'espace qu'elle a parcouru, se repose.

4° Je m'abstiens de répondre à votre quatrième considération; c'est encore une variation de votre thème favori sur la simplicité de la planchette, et je ne veux pas me répéter. Voici donc votre cinquième et dernier argument.

« 5° J'ai vu dans maintes occasions de prétendus per-
» fectionnemens, des modifications soi-disant précieu-
» ses, des changemens qu'on m'assurait être indispen-
» sables, mais qui tous n'étaient réellement que des
» hors-d'œuvre, provenant de ce qu'on ne s'était pas
» donné la peine d'étudier bien mon appareil, d'en
» apprécier les ressources, et de tirer parti des points
» d'appui variés et des facilités infinies qu'il offre
» comme machine. »

Ce reproche, je ne puis m'y méprendre, est à mon adresse, et je l'accepte comme tel. Si je pèche, mon honoré confrère, n'ayez pas l'indulgence de croire que c'est par ignorance. J'ai lu avec l'attention qu'il mérite l'exemplaire de votre remarquable ouvrage, que vous avez daigné m'offrir. J'ai lu, non pas une fois, mais deux fois au moins, cette partie de l'ouvrage relative à votre système complet d'hyponarthécie, et malgré cette lecture, je dis plus, à cause de cette lecture même, je m'endurcis dans mes idées de perfectionnemens *prétendus* et de modifications *soi-disant précieuses*. Vous ajoutez enfin :

« Ces facilités consistent à pouvoir changer et incli-
» ner, dans divers sens et à volonté, la position des
» membres fracturés; à modifier l'action des plans
» musculaires par telle ou telle flexion des articulations;
» à favoriser, en un mot, toute espèce de mouvemens
» sur le lit, hors du lit, sur un fauteuil, dans une
» voiture, etc. »

Voici ma réponse. L'appareil trochléen jambier favorise toute espèce de mouvement, hors le lit, sur un fauteuil, dans une voiture, tout aussi bien que l'hyponarthécie tibiale; et jamais ce second appareil, tel qu'il est décrit dans votre ouvrage, ne favorisera autant que le premier les mouvemens sur le lit, ceux de progression horizontale, en tous sens; jamais il ne permettra au membre, comme le premier, de conserver sa position de droite ou de gauche sans fatigue. Aussi pourrait-on lui donner pour divise : *Mobilitate viget.*

Maintenant, je termine une controverse à laquelle je n'aurais jamais donné suite si l'intérêt personnel en avait été le motif. Ce que j'ai désiré en l'entreprenant, ce que je désire, je le répète, c'est de fixer définitivement l'attention de nos confrères sur un point si important et pourtant si arriéré de la thérapeutique chirurgicale, en les engageant à prendre fait et cause pour un progrès, de quelque côté qu'il soit.

Et si dans le cours de cette présente réponse, mon très-honoré confrère, quelques expressions vous ont paru trop peu mesurées, j'ajoute pour mon excuse : *Si quæ sunt dicta juveniliter, pro indole accipiantur.* (Quintilianus.)

Votre confrère bien dévoué,

Le docteur Munaret.

Châtillon-de-Michaille, septembre 1835.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Note sur la trachéotomie sous-cricoïdienne; par M. Moreau, chirurgien sous-aide-major.

La laryngite ou laryngo-trachéite, à certaine période, nécessite une opération chirurgicale nommée à tort bronchotomie, puisque les bronches ne sont pas les parties qu'elle intéresse; il est plus logique de donner à toute opération pratiquée sur le conduit aérien une dénomination qui spécialise les parties. Ainsi nous dirons trachéotomie.

Depuis Asclépiade de Bithynie, qui peut être regardé comme l'inventeur du procédé si ingénieux de donner une voie artificielle à l'air, les anciens, dans tous les cas de suffocation, incisaient tansversalement les tégumens et la trachée entre les troisième et quatrième anneaux; c'était pour ainsi dire égorger le malade. Plus tard, Deckers et Bauchot, pour prévenir les dangers de l'hémorrhagie, perçaient les parties molles et la trachée subjacente avec un trois-quart muni de sa canule; mais ils faisaient une plaie contuse fort souvent avec éraillure des vaisseaux, et s'exposaient à percer d'outre en outre la trachée, l'œsophage, etc. Enfin Vicq-d'Azir, se basant sur des considérations anatomiques, incisa transversalement la membrane crico-thyroïdienne; néanmoins il ne donnait par ce moyen qu'une petite ouverture et une plaie difficile à cicatriser. Depuis ce temps, divers procédés méthodiques ont été imaginés dans le même but, tels sont la trachéotomie des anciens, la thyroïtomie de Desault, la crico-trachéotomie de Boyer, en dernier lieu la laryngotomie sous-hyoïdienne de M. Malgaigne. De tous ces procédés, dans les cas de membranes croupales, la trachéotomie seule est en vigueur.

Maintenant, je propose dans le même but une trachéotomie sous-cricoïdienne suivie de l'application de la canule bivalve.

Je n'entamerai pas une discussion sur les divers procédés énumérés, j'examinerai seulement les parties sur

lesquelles on opère la trachéotomie, et où l'on doit opérer la trachéotomie sous cricoïdienne. J'omets donc à dessein la thyroïdotomie et la laryngotomie sous-hyoïdienne, puisque ces modes d'opérations ne sont reclamés que dans le cas de corps étrangers dans les voies aériennes. J'omets aussi la crico-trachétomie de Boyer, puisque la section du cartilage cricoïde ne peut en rien concourir à l'ouverture de la plaie, attendu que l'élasticité de cet anneau est telle, qu'il est presque impossible d'écarter les bords de l'incision même avec un dilatateur.

Trachéotomie.

Anatomie. En procédant de haut en bas, du cartilage cricoïde au niveau du sternum, et des parties superficielles aux profondes, nous trouvons recouverts par la peau, l'aponévrose cervicale et le peaucier, les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, les premiers anneaux de la trachée; au-dessous, l'isthme de la glande thyroïde dont la largeur varie; ensuite, le plexus veineux thyroïdien ; une couche de tissu cellulaire, et au-dessous la trachée croisée inférieurement par le tronc brachio-céphalique ; remarquons aussi que toutes les parties molles peuvent être infiltrées de sérosité, de gaz, et les veines gorgées de sang.

Opération. Dans la trachéotomie (je ne la décrirai que superficiellement) abaissant du cartilage cricoïde au niveau du sternum une ligne verticale médiane, on divise successivement la peau et l'aponévrose; on tombe entre les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens de chaque côté; alors, à partir de la bride du corps thyroïde, on incise le plexus veineux thyroïdien ; la trachée est à découvert.

M. Trousseau a remarqué que les veines ont un volume d'autant plus considérable et donnent d'autant plus de sang que la respiration est plus embarrassée ; il conseille donc, malgré l'hémorrhagie, d'ouvrir immédiatement la trachée, parce que la ligature n'est souvent pas suffisante pour arrêter l'écoulement de sang : il a le soin de placer une petite éponge dans l'angle de la plaie et sur les bouches des vaisseaux divisés, tant pour prévenir l'écoulement de sang que l'entrée de l'air dans les veines, accident immédiatement mortel, selon MM. Larrey et Dupuytren.

Dès que la trachée est ouverte, on fait pencher le malade en avant, pour que le sang s'écoule au-dehors et que, l'air pénétrant dans le poumon, la respiration se rétablisse largement et mette ainsi un terme à l'hémorrhagie. Néanmoins, malgré ces précautions, on a vu des cas où l'hémorrhagie persista; c'est pourquoi M. Récamier conseillait, si toutefois l'état du malade le permettait, d'attendre douze ou vingt-quatre heures avant d'ouvrir la trachée : voilà pourquoi les auteurs recommandent de faire faire au malade, s'il le peut, de larges inspirations, et de lier tous les vaisseaux qui continuent à donner, avant d'ouvrir la trachée. Voilà pourquoi, enfin, je propose une trachéotomie sous-cricoïdienne, qui a sur l'autre procédé ces avantages : 1° de trouver la trachée à une moindre profondeur; 2° de ne pas exposer à la rencontre du trone brachio-céphalique; 3° d'être exécutée sur des parties assez peu fournies de vaisseaux, pour ne pas donner lieu à l'hémorrhagie.

Trachéotomie sous-cricoïdienne.

Anatomie. En effet, il existe entre le bord inférieur du cartilage cricoïde et la courbure supérieure de l'isthme du corps thyroïde un espace tout-à-fait dépourvu de vaisseaux, long de 3 à 4 lignes environ; il est formé par les premiers anneaux de la trachée; au-dessous se trouve l'isthme du corps thyroïde, qui n'est occupé par le plexus veineux que dans ses deux tiers inférieurs; et très-rarement on voit les artères thyroïdiennes qui longent de chaque côté son bord supérieur, s'anastomoser à sa partie médiane. C'est donc sur ces données anatomiques que la trachéotomie sous-cricoïdienne est basée.

Les objets nécessaires à cette opération sont : un bistouri droit ou convexe, des pinces à ligature, des fils cirés au besoin, des éponges fines, de l'eau tiède, des alèzes.

Le malade doit être couché sur le dos ou assis sur son séant, la poitrine élevée et les mains placées derrière le dos, pour laisser libre le jeu des organes respiratoires; la tête légèrement renversée en arrière et maintenue immobile sur un oreiller assez résistant. L'opérateur se place à la droite du malade, dans la position qui lui est le plus convenable, et instrumente de la main droite, contenant de la gauche le larynx et les parties sur lesquelles il agit. De cette façon la peau est tendue entre le bord cubital d'un côté, et de l'autre le pouce de la main gauche.

Opération. On incise couche par couche, de haut en bas, les tégumens dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi, sur la ligne médiane, depuis le bord supérieur du cartilage cricoïde on tombe dans l'intervalle celluleux qui sépare les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens de chaque côté, on le divise et la trachée est mise à nu ainsi que l'isthme du corps thyroïde; alors l'opérateur plonge la pointe du bistouri immédiatement au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde et divise la trachée de haut en bas, sur la ligne médiane, dans une longueur de cinq ou six lignes, intéressant le tiers supérieur de l'isthme du corps thyroïde dans l'incision; à l'aide d'une petite éponge fine il absterge la petit plaie et introduit la canule bivalve; seulement alors le malade reçoit l'air par une voie artificielle.

Notons bien que ce procédé nécessite l'application de la canule bivalve, une ouverture de cinq ou six lignes n'étant pas assez grande pour en recevoir une autre.

Transposition des organes thoraciques et abdominaux ; observation communiquée par M. Bally.

Obs. — Un homme, âgé de 25 ans, était entré à l'hôpital de la Pitié pour une inflammation de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale (iléo-dicliditc). La marche de la maladie fut d'abord assez lente, et laissa même des espérances de guérison ; mais quelques symptômes, dépendant du trouble de l'innervation, ayant compliqué l'affection locale, ou, en d'autres termes, la maladie ayant pris le caractere typhoïde, on ne tarda pas à prédire une issue funeste.

Dès la première visite j'avais reconnu la transposition du cœur, et prédit celle des autres viscères du thorax, ainsi que de l'abdomen. Cette prédiction n'avait pas grand mérite, car un organe comme le cœur une fois transposé dès la naissance, il faut nécessairement que tous les autres subissent le même déplacement.

Les signes étaient les suivans :

Le côté gauche du thorax, dans la région précordiale, ne donnait aucune impulsion, et on n'y entendait point les bruits ordinaires du cœur. Cette région n'était point mate, et la sonoréité s'y faisait distinguer comme dans les régions où le poumon, bien pénétré par l'air, n'éprouve aucun obstacle pour la transmission du son qui lui est propre. A droite, au contraire, il était mat dans une certaine étendue, et laissait parfaitement distinguer le bruit de la contraction et de la dilatation du cœur, dont la pointe soulevait l'espace intercostal des cinquième et sixième côtes.

Plusieurs médecins et un grand nombre d'élèves vinrent voir ce malade pendant sa vie. Il succomba le vingt-cinquième jour, à des symptômes en tout semblables à ceux des fièvres adynamiques ou typhoïdes ordinaires ; la transposition des viscères ne paraissant apporter aucune modification à la marche de la maladie.

L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain.

J'enlevai avec soin les parois latérales de la poitrine, afin que tous les organes se présentassent parfaitement à l'examen, et conservassent leurs rapports.

Organes sus-diaphragmatiques.

Le poumon droit n'avait que deux lobes ; le gauche en avait trois. Le bord antérieur du poumon droit était échancré à sa partie inférieure pour recevoir la pointe du cœur; le médiastin antérieur, au lieu de se porter à gauche, se dirigeait à droite : le péricarde, libre du côté gauche, se fixait sur la partie droite du diaphragme. Cet examen des rapports du péricarde achevé, on l'ouvrit, après avoir enlevé la paroi antérieure de la poitrine. On reconnut alors que non-seulement le cœur avait changé de direction, mais qu'il était entièrement renversé ; de telle sorte que sa face postérieure était devenue antérieure; que le ventricule gauche était à droite et en avant, et le ventricule droit à gauche et en arrière ; ce qui changeait également la disposition des oreillettes et celle des veines et des artères liées au cœur. Ainsi l'aorte, au lieu de se diriger de droite à gauche, se portait de gauche à droite : sa courbure était un peu à gauche, et beaucoup plus en arrière que dans l'état normal ; sa partie descendante thoracique occupait juste le milieu de la face antérieure de la colonne vertébrale, de même que dans l'abdomen. La veine cave se plaçait constamment à sa gauche. Des artères qui naissent immédiatement de la crosse de l'aorte, le tronc brachio-céphalique partait du côté gauche; l'artère carotide et la sous-clavière sortaient du côté opposé. L'artère pulmonaire se dirigeait obliquement à droite et en haut ; de ses deux branches, la gauche était la plus longue et trifurquée, et l'autre plus courte, plus horizontale, n'offrait que deux divisions. La veine sous-clavière droite, plus longue que l'autre, passait au-devant de la trachée-artère et de la crosse de l'aorte, pour aller se jeter dans la veine-cave supérieure, qui était située à gauche de la trachée-artère; et à leur tour, les deux veines-caves venaient se rendre dans l'oreillette gauche.

Des deux nerfs récurrens, le droit se réfléchissait autour de la crosse de l'aorte, et le gauche autour du tronc brachio-céphalique. L'ouverture du diaphragme qui donne passage à la veine-cave inférieure se trouvait à gauche.

Organes sous-diaphragmatiques.

La rate, assez volumineuse et bien conformée, occupait l'hypocondre droit, et le foie le côté opposé. Ce dernier viscère avait dû naturellement prendre une position différente de celle qu'on lui connaît. Ainsi, le petit lobe se prolongeait de gauche à droite sur la face antérieure de l'estomac ; sa vésicule dirigée dans le même sens, et obliquement d'avant en arrière, communiquait avec le duodénum, également transposé ; la position du foie, la direction de la vésicule, l'insertion de son canal, la position oblique du duodénum et de l'estomac, dont la grosse tubérosité était à droite, avaient entraîné le renversement de tout le tube intestinal ; de sorte que le cœcum était à gauche, l'S iliaque à droite, et le rectum dirigé supérieurement de droite à gauche.

Le pancréas était également renversé.

On pense bien que la sortie et la direction des vaisseaux artériels se faisait en sens inverse dans toute la longueur de l'aorte ; mais je n'ai pas cru devoir les noter avec de nouveaux détails, puisque le vaisseau principal étant dans une position différente, il faut bien que la longueur relative et la direction de ses branches soient nécessairement changées.

Le lecteur me saura peut-être gré d'avoir minutieusement exposé ces dispositions anatomiques. Ce fait est peut-être unique dans la science, non à cause de la transposition, car on en a enregistré plusieurs, mais à cause de la connaissance qu'on en a eue pendant la maladie du sujet. Les interrogations que j'ai faites à cette époque, m'attestent que cet homme était parvenu à

l'âge de 25 ans sans avoir éprouvé dans le cours de sa vie aucune circonstance particulière qui fût relative à la transposition de ses organes. L'iléo-diclidite devenue ulcéreuse (fièvre typhoïde), est également indépendante de cette singulière disposition; elle était due, comme toutes les maladies de ce genre, à des circonstances générales parmi lesquelles il faut compter le séjour récent dans Paris, le changement de régime et les autres causes de l'endémicité pour les jeunes ouvriers arrivés depuis peu dans la capitale.

Je procédai à la nécropsie avec le plus grand soin, aidé de M. le docteur Charpentier, et en présence d'un grand concours d'élèves. Mon collègue Serre, qui s'occupe si utilement de travaux scientifiques et d'anatomie comparée, voulut être témoin de cette particularité que j'avais annoncée si long-temps à l'avance; il a même fait mouler en plâtre tous les viscères dans leur position, et ce modèle est conservé dans le cabinet des hôpitaux. On a annoncé le fait dans le temps, mais c'est la première fois que j'en livre l'histoire au public.

N° 44.—31 Octobre.

Lettre à M. Lisfranc *sur l'emploi thérapeutique du chlorure de chaux dans les plaies accompagnées de vives douleurs;* par M. Chopin, D.-M., à Neubourg (Eure).

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai hésité quelque temps à vous adresser les observations suivantes; mais un confrère à qui je les ai communiquées m'a blâmé de ma réserve, parce que le fait qu'elles constatent est inconnu, ou tout au moins fort peu connu dans la science. Plus que personne, vous êtes à portée de juger mes expériences et de décider si elles ont quelque valeur. Placé en tête d'un grand hôpital, les occasions ne vous manqueront pas pour décider si réellement la solution de chlorure de chaux jouit de la propriété que je crois avoir découverte de calmer presque subitement la douleur souvent atroce qui complique un certain nombre de plaies. J'entre de suite en matière.

Obs. I. — Le 12 août 1828, je fus appelé à Ste-Colombe pour panser le nommé J. Buffet, dont la main gauche, prise entre le timon d'une voiture et un arbre, avait été horriblement écrasée. Le désordre était tel, que le troisième et le quatrième métacarpiens étaient réduits en un grand nombre d'esquilles; que de la mousse et des petits fragmens d'écorce avaient été enfoncés dans la gaîne des tendons extenseurs. Je dis *extenseurs*, parce que le deuxième, le troisième et le quatrième métacarpiens, séparés de leur articulation supérieure, étaient inclinés en bas et en avant, vers la pulpe des doigts. Une hémorrhagie abondante suivie d'une syncope avait eu lieu. A mon arrivée, il ne s'écoulait qu'une peu de sang provenant du fond de la plaie, et qu'un simple compression de la radiale suffit pour arrêter définitivement. Je ne décrirai pas le désordre des parties molles et des tendons, on le conçoit. D'ailleurs ce n'est point sur ce point que je veux appeler l'attention. La douleur à laquelle ce malheureux, âgé de 70 ans, était en proie, était atroce et lui arrachait des cris violens.

Quel parti devais-je prendre en cette circonstance? les accidens les plus redoutables étaient à craindre. Je demandai les conseils d'un confrère qui ne put se rendre auprès du malade que le lendemain à midi.

Après avoir nétoyé la plaie aussi bien que possible des esquilles d'os, de la mousse et des fragmens d'écorce qui la souillaient, je la couvris d'un linge fenêtré enduit de cérat, par-dessus lequel je posai de légers plumasseaux de charpie fine; j'enveloppai le tout d'un cataplasme presque froid arrosé de laudanum. Je prescrivis une potion calmante pour la nuit, et je recommandai qu'on vint de bonne heure le lendemain matin me donner des nouvelles du malade.

Il était à peine jour, qu'on me fit savoir que la nuit avait été des plus pénibles; que le malade n'avait pas cessé de crier; qu'il avait eu un délire; qu'il demandait avec instance qu'on lui coupât la main, tant étaient vives les souffrances qu'il éprouvait. Il se plaignait également de la mauvaise odeur qui s'exhalait de sa main. Je me rendis en toute hâte auprès de lui: je le trouvai dans une agitation extrême, les yeux hagards, répondant à toutes les questions: ah! que je souffre! Je fus également frappé de la mauvaise odeur qui s'échappait de l'appareil. Je m'empressai d'enlever le cataplasme et j'arrosai la charpie d'eau chlorurée. La mauvaise odeur et la douleur disparurent subitement. Je remplaçai la première charpie par de la fraîche; mais la douleur ne tarda pas à se faire sentir aussi forte que pendant la nuit. Le malade alors s'imagina de faire baigner son appareil d'eau chlorurée, et de nouveau ses souffrances disparurent.

A notre visite à midi avec mon honorable confrère M. le docteur Guillebout, on nous fit part de ce résultat, que nous attribuâmes à la fraîcheur de l'eau.

Dans l'après-midi, le chlorure de chaux ayant manqué, on se contenta d'arroser la plaie avec de l'eau seule, mais sans diminuer en aucune manière les douleurs. Le malade me fit demander du chlorure de chaux, dont l'emploi fut suivi d'un calme tel qu'il dormit toute la nuit.

Ayant déjà éprouvé plus d'une fois les bons effets du chlorure de soude ou de chaux pour hâter la cicatrisation des plaies, ne redoutant plus la douleur comme complication de la blessure, et, pensant que les saignées générales et locales, convenablement employées, permettraient de se rendre maître de l'inflammation si elle dépassait les limites convenables, je fis partager à M. Guillebout l'espoir de guérir le malade sans opération. La cicatrisation s'est faite dans un temps plus court que je ne le croyais. Le malade a conservé sa main; le médius et l'annulaire sont complétement immobiles; mais, dix mois après l'accident, les trois autres doigts jouissaient, à un peu de raideur près, de toutes leurs fonctions.

Cette observation n'était restée dans ma mémoire que comme un fait de plus qui me prouvait qu'en certaines circonstances, des plaies bien graves en raison de leur cause, de leur nature, de leur situation, etc., peuvent guérir, même dans un temps assez court, par les seuls efforts de la nature, aidés d'un pansement convenable. J'étais loin de soupçonner qu'ici le chlorure de chaux avait joué un autre rôle que de détruire la mauvaise odeur et hâter la cicatrisation; peut-être admettrais-je seulement qu'il avait eu dans ce cas, et comme par hasard, une action calmante, lorsque l'année suivante j'eus une nouvelle occasion de le mettre à l'épreuve.

Obs. II. — Dans les premiers jours de septembre 1829, on m'apporta un jeune homme de 17 à 18 ans, qui chargeant un pistolet et voulant le bourrer plus fortement avait pris son arme à deux mains, la baguette dans le canon, et le frappait contre un mur, le chien qui était armé s'abattit, le coup partit, le pistolet vola en éclats, emporta une partie du pouce droit, tout l'index, deux phalanges du médius et laboura toute la peau de la main. Au moment de l'explosion le blessé ne sentit qu'une forte secousse dans le bras, mais les yeux jetés sur sa main ne tardèrent pas à lui faire voir toute l'étendue de son malheur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Quand le blessé arriva chez moi, un engourdissement extrêmement douloureux qui se faisait vivement sentir jusque dans le creux de l'aisselle, l'empêchait de remuer le bras, la plaie était aussi le siége d'une vive douleur. Le souvenir du père Buffet me revint alors, et je voulus essayer si l'eau chlorurée aurait sur ce blessé le même effet. La main fut plongée dans une cuvette pleine d'eau tiède, à laquelle j'ajoutai quelques cuillerées d'une solution saturée de chlorure de chaux. Une minute était à peine écoulée que déjà ce jeune homme souffrait moins; l'engourdissement diminua par degrés, et au bout de cinq minutes je pus retourner la main dans tous les sens et la panser; il n'y avait plus de douleur. Je recommandai au malade de tenir son appareil constamment imbibé d'eau chlorurée. Il a guéri sans accidens sauf la difformité.

Obs. III. — Au mois de mai 1829, M. Lecomte, cultivateur de Trembley, commune voisine du Neubourg, étant monté dans sa voiture, versa et tomba la main gauche prise sous la roue; le dos de la main et les quatre doigts furent écrasés et dépouillés presque entièrement.

La douleur ne tarda pas à devenir tellement vive que le malade, au désespoir, voulait se tuer. Une heure après l'événement, le serrement de la mâchoire inférieure et quelques mouvemens convulsifs des muscles de l'épine du dos, me firent craindre les formidables accidens du tétanos. Une large et copieuse saignée que je pratiquai sur-le-champ n'amena aucun amendement; les mouvemens rapides des yeux et les contractions spasmodiques des muscles de la face ne furent nullement appaisés. Il en fut autrement lorsque la main blessée eut resté quelques minutes dans un bain aiguisé de chlorure de chaux, le malade en éprouva un tel soulagement qu'il s'écria: « Ah! monsieur, vous me redonnez la vie. »

Obs. IV. La même année, un jeune homme d'Eppigarol, nommé Leriche, avait mis son fusil tout armé contre un pommier; au moment de rentrer chez lui, il prend imprudemment cette arme par le bout du canon, une branche accroche la détente, le coup part, traverse le bras d'avant en arrière et un peu de dedans en dehors à son tiers inférieur, en fracassant l'humérus. Appelé sur-le-champ avec feu mon très-honorable confrère M. Guillebout, nous agrandîmes la plaie à son entrée et à sa sortie, et je fis l'extraction de différens fragmens d'os, notamment d'une virole complète qui avait dix lignes de hauteur. Je ne sais par quel miracle l'artère brachiale n'avait pas été ouverte, puisqu'on la sentait battre au milieu de la plaie.

La nature de la blessure et son voisinage de l'articulation du coude, le fracas de l'os, faisaient craindre des accidens graves, à tel point que M. Guillebout proposa l'amputation. Je ne partageai pas son avis. Je plaçai le membre sur la planchette suspendue de Mayor. L'eau chlorurée fut prodiguée pendant les pansemens et dans leurs intervalles, parce que, aussitôt que l'appareil cessait d'en être imbibé, des douleurs excessivement aiguës se faisaient sentir non-seulement dans la blessure et le voisinage, mais encore dans l'aisselle et dans la main. L'inflammation se maintint dans de justes limites; et après quatre mois de suppuration et sans avoir plus souffert que d'une fracture ordinaire, Leriche a guéri, avec un bras qui n'a plus ni la longueur, ni la forme de celui de l'autre côté, mais assez fort pour qu'il puisse s'en servir pour conduire sa charrue, se livrer à tous les travaux de l'agriculture, soulever des fardeaux assez lourds, tels qu'un sac de blé, etc.

Obs. V. — Dans l'hiver de 1828, M. Chauvin, cultivateur de la commune d'Ormes, homme d'une soixantaine d'années, fort et sanguin, que déjà j'avais guéri d'une maladie grave du coude gauche qui avait été fracassé par un coup de pied de cheval, fut mordu également par un cheval, qui lui arracha entièrement le petit doigt, phalanges et métacarpe, et toutes les parties molles du tiers interne de la paume de la main gauche; la douleur fut excessivement aiguë; le blessé vint de suite chez moi. Après avoir lié une petite artère, je pansai la plaie avec un linge fenêtré enduit de cérat et recouvert d'un gâteau de charpie, par-dessus lequel j'en appliquai un autre imbibé de solution faible de chlorure de chaux, puis je maintins le tout avec une bande. Je recommandai de tenir l'appareil humecté de la solution ci-dessus, ce que le malade me promit; mais le soir, incommodé par l'odeur du chlore, il fit retirer le bandage et les linges et une partie de la charpie que j'avais imbibés, et les fit remplacer par d'autres secs. Toute la nuit il fut en proie à des douleurs des plus vives, à des élancemens dans tout le bras et surtout en arrière du coude, qui ne lui permirent pas de goûter une minute de repos; il me fit mander chez lui de très-bonne heure. Dès que je fus arrivé je fis mettre la main dans un bain chlorurée et les douleurs ces

sèrent. Convaincu par l'expérience, le malade préféra la légère incommodité occasionée par l'odeur du chlorure, et ne cessa pas un instant d'en avoir son appareil imbibé. Avant trois semaines, la plaie était cicatrisée presque en entier.

Obs. VI. — Il y a maintenant trois ans, un enfant de quatre ans tomba devant une voiture pesamment chargée. La roue passa sur le pied et écrasa le talon. Le calcanéum, l'astragale et l'extrémité inférieure des deux os de la jambe furent réduits en bouillie. Je ne dirai pas quels étaient les cris que poussait ce petit malheureux, ni quelles étaient ses souffrances : je passerai aussi sous silence ce qu'il y avait à faire dans cette circonstance ; je dirai seulement que, malgré les suites fâcheuses que pouvait, que devait nécessairement avoir une pareille blessure abandonnée aux seuls efforts de la nature, des obstacles insurmontables m'empêchèrent de faire l'amputation de la jambe, qui me paraissait le seul moyen d'arracher ce pauvre enfant à une mort certaine, qui, si elle n'était pas le résultat immédiat d'une épouvantable inflammation du pied, devait être amenée par une suppuration intarissable. Il n'en fut pas comme je l'avais craint. Les circonstances qui, selon moi et le confrère que j'avais fait appeler, s'opposaient à tout espoir de salut, furent au contraire l'occasion d'un nouveau succès obtenu par le chlorure de chaux.

Le pied fut plongé dans un bain tiède aiguisé de chlorure. L'enfant fut, à l'instant même, soulagé à tel point qu'il s'endormit. Pendant quatre à cinq semaines j'allai le panser deux fois par jour. Les parties atteintes par la roue ne tardèrent pas à se détacher ; presque toute la peau du pied tomba en gangrène. Je dus faire l'extraction de nombreux fragmens d'os. Au bout de quatre mois, il ne restait plus qu'un point fistuleux que des injections chlorurées ont tari ; et maintenant le pied de cet enfant n'est pas plus difforme que certains pieds-bots.

Ainsi que vous venez de le voir par ces six observations, que je n'ai dû vous rapporter que sommairement, le chlorure de chaux serait un moyen prompt, infaillible, de calmer les douleurs dans les plaies par contusion, par arrachement ou par l'explosion de la poudre à canon ; il aurait sur les autres médicamens employés jusqu'à ce jour dans des cas semblables (les narcotiques), l'avantage immense d'agir sûrement et presque instantanément, et sans l'intermédiaire du cerveau.

Malgré ma confiance dans cet agent thérapeutique, parce qu'il a toujours répondu à mon attente depuis ce jour où le hasard me fit connaître sa nouvelle propriété, j'ai besoin, pour que mon opinion soit définitivement arrêtée à ce sujet, qu'il soit soumis à une autre expérience que la mienne ; *experimentum fallax*, a dit celui qui a déclaré aussi : *sedare divinum opus*. C'est pourquoi j'ai pris la liberté de vous adresser cette lettre, que j'aurais pu grossir d'autres observations ; j'ai dû me contenter des plus saillantes, de celles qui m'ont semblé le mieux prouver les bons effets du chlorure de chaux.

Avant de terminer, je vous demanderai la permission d'ajouter que le chlorure de chaux m'a encore été d'un secours précieux dans une maladie que je ne trouve décrite dans aucun ouvrage ni dans les journaux de médecine ; je veux parler de ces douleurs si vives, si aiguës, qui tourmentent les femmes nouvellement accouchées, surtout les primipares, et qui ont leur siége dans un point du vagin.

Plus d'une femme m'a dit que ces douleurs étaient beaucoup plus insupportables que celles de l'enfantement. C'était, disaient-elles, comme un fer rouge qui leur traversait le vagin. L'inspection et un examen attentif m'ont fait reconnaître une ou plusieurs petites excroissances de la grosseur d'un grain de blé, rarement d'un petit pois, situées constamment sur la paroi postérieure de la membrane vaginale ; on les distingue facilement à leur exquise sensibilité quand on les touche avec le doigt, à leur légère saillie et à leur couleur rose-foncée, qui tranche sur celle du vagin : elles apparaissent peu de temps après l'accouchement ; si on les touche avec un petit pinceau de linge effilé ou de charpie imbibée de chlorure, leur extrême sensibilité ne tarde pas à diminuer, puis elles disparaissent tout-à-fait.

C'est encore un moyen précieux pour apaiser en très-peu de temps les douleurs vives, persévérantes, qui suivent quelquefois l'application du forceps, même dans les circonstances les plus heureuses, et à plus forte raison quand les branches ou les cuillers ont labouré la muqueuse vulvo-vaginale.

Quoi de plus douloureux souvent que la rupture de la fourchette et l'entamure de l'extrémité postérieure de la vulve, malgré les plus grands soins et la plus grande attention d'un accoucheur ? Là encore le chlorure a des succès constans et prompts. Au malaise indicible auquel les nouvelles accouchées sont en proie, à la perte du sommeil, du repos, quelquefois suivie d'accidens plus graves, succède un état de bien-être, de calme, de tranquillité, qu'on attendrait peut-être long-temps d'une autre médication.

Puisque j'en suis aux femmes en couches, je vous dirai encore, et c'est par là que je finirai, que de tous les moyens conseillés pour remédier aux *fissures* du mamelon, rien ne m'a aussi bien réussi que le *chlorure de soude ;* des lotions fréquemment répétées pendant une journée ou deux ont souvent suffi pour rendre à des nourrices l'usage d'un sein que la douleur les empêchait de donner à leurs nourrissons.

Agréez, etc.

Chopin, D.-M. P.

—

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Observation d'une pneumonie dans laquelle le sang offrait le caractère laiteux ; par le docteur Zaccarelli, médecin en chef de l'hôpital Fate-bene-Fratelli, à Crémone.

Les faits de ce genre sont extrêmement rares, surtout chez des individus du sexe masculin; ils ne sauraient donc qu'offrir un grand intérêt lorsqu'ils réunissent, comme le suivant, toutes les conditions d'authenticité désirables, et que l'analyse chimique vient compléter les détails pathologiques.

Obs. — Antonio Gorla, cafetier, âgé de 47 ans, constitution robuste, bien pourvu d'embonpoint, quelque peu adonné au vin, entra à l'hôpital le 22 mai 1834 au soir, présentant les symptômes suivans.

Fièvre très-vive; pouls dur, intermittent, dicrote; respiration très-gênée, sans toux, ni expectoration ni douleur thoracique ; impossibilité de se coucher sur le dos ou sur l'un des côtés ; ventre dur et gonflé ; constipation ; urines rares ; œdème des membres inférieurs. Tout le corps, et surtout la face, était couvert d'une pâleur mortelle. La veille, il avait fait un excès de boisson. On prescrivit une saignée, et l'huile de ricin dans une émulsion gommeuse.

Le 23, le sang tiré la veille est blanc comme du lait très-pur, aussi bien le caillot que le sérum, qui ne diffèrent que par leur densité. Il donne une odeur manifeste de lait. Frappé de cette singularité, le médecin en chef pria le pharmacien Bertazzi d'en faire l'analyse, que nous rapporterons tout à l'heure. Suivons pour le présent l'histoire de la maladie. La dyspnée était extrême, le pouls dur, intermittent ; la peau humide et visqueuse. Nouvelle saignée ; huile de ricin ; 12 sangsues à l'épigastre. Le sang tiré par la lancette et par les sangsues était aussi blanc que le premier.

Le 24, mêmes symptômes ; douleur lancinante très-aiguë au côté gauche du thorax. Saignée et huile de ricin. Même aspect du sang ; le soir, on remit encore des sangsues.

Le 25, le malade a dormi un peu ; il y a de l'amélioration. Quatrième saignée, offrant le même phénomène; émulsion huileuse, et le soir, solution de manne.

Le 26, il a dormi quelques heures paisiblement ; la respiration est normale ; la douleur et la toux sont diminuées ; la fièvre toujours très-vive ; les forces se relèvent. Cinquième saignée. Le sang ayant été examiné le soir, on fut fort surpris de le trouver séparé en deux parties très-distinctes, l'une blanche, liquide, et sans les principes qui constituent le véritable sérum ; l'autre, prise en caillot composé de globules sanguins et de fibrine, et couvert d'une couenne d'un blanc éclatant. On garda ce caillot pour l'analyse et l'on fit une nouvelle saignée.

Le 27, amélioration notable ; le malade demande à manger ; l'intermittence du pouls a disparu. Septième saignée ; vésicatoire sur la poitrine. Le sang cette fois se sépare en deux parties à l'ordinaire, le sérum jaunâtre formant les deux tiers de la masse, et le caillot sans couenne.

Le lendemain, convalescence ; et le malade, gardé jusqu'au 27 juin, sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Le sang remis pour l'analyse à M. Bertazzi se séparait en deux parts, le caillot et le sérum. Le caillot était lui-même recouvert d'une couenne blanchâtre, exhalant une odeur de graisse ; traitée par l'alcool bouillant, on en retira une substance grasse pareille à celle du sérum, dont il sera question dans un instant ; après quoi, il resta une matière fibrineuse pareille à celle qu'on observe dans les affections inflammatoires. Il paraît donc que, comme l'a démontré Mondésert, la couenne provient du sérum lui-même ; en sorte que si on décantait le sang lorsqu'il commence à se séparer en ses deux portions, le sérum ne tarderait pas à se séparer lui-même en couenne inflammatoire et en sérosité pure. Au-dessous de la couenne, le cruor se montra semblable à celui qu'on observe dans les cas d'inflammation, si ce n'est qu'il était infiltré de gouttelettes onctueuses de la même nature que le sérum.

Celui-ci présentait tous les caractères extérieurs du lait, couleur blanche, odeur butyracée ; son poids spécifique était de 1,025 ; mais essayé avec le papier de tournesol, seize heures après la saignée, il n'offrit aucune trace d'acide ni d'alcali, tandis que le véritable lait aurait à l'instant rougi le papier. On en prit 1,000 parties, et ayant versé dessus un peu d'alcool à 36°, au même moment il se forma un abondant précipité d'albumine. Le liquide, ensuite filtré, était légèrement teint en jaune ; soumis quelque temps à l'évaporation, puis abandonné à lui-même, il déposa une substance grasse, floconneuse, ayant tous les caractères de la *matière cristallisable* de M. Lecanu, ou de la *sérolime* du docteur Baudet. Quand le liquide n'en fournit plus, on l'évapora jusqu'à siccité au bain-marie, et l'on obtint un extrait dans lequel on trouva la substance extractive ou extrait de viande, du lactate de soude, etc., mais pas un atome de sucre de lait.

L'albumine recueillie sur le filtre avait un aspect crémeux, une forte odeur de graisse, une consistance très-onctueuse. En la faisant bouillir diverses fois avec l'alcool, celui-ci se troublait par le refroidissement, mais sans donner aucun dépôt. On recueillit toute la solution alcoolique, on l'évapora au bain-marie, et il resta enfin une substance grasse, huileuse, pareille à celle qu'on rencontre dans le chyle, et qui, suivant l'opinion de Vauquelin, serait de la matière cérébrale. En résumé, 1,000 parties de sérum ont donné :

Eau,	905
Albumine,	76
Matière grasse cristallisable,	4
Matière huileuse,	6

Extrait de viande, Lactate de soude, Chlorures de soude et de pot.	5
Sulfate de soude et de potasse, Carbonate de soude, Phosphate calcaire et perte,	4
	1,000

Il résulte de cette analyse que la couleur et l'odeur du sérum tenaient ici à la suspension de la substance grasse et huileuse. Si l'on consulte les analyses répétées du sang faites par Berzélius, par Marcet, et en dernier lieu par Lecanu, la substance grasse y est en très-petite quantité, puisque sur 1,000 parties ils en ont trouvé une seulement de substance huileuse, et un peu plus de deux de substance cristallisable. M. Bertazzi conclut donc que le liquide qu'il a examiné ressemblait bien plutôt à du chyle qu'au sérum ordinaire du sang.

M. Zaccarelli adopte cette idée: il pense que le chyle versé dans la veine sous-clavière n'aura pas subi, à raison de l'inflammation pulmonaire, l'élaboration qui le convertit en sang. Il rappelle à cette occasion un fait observé par Peletti sur un jeune homme de Crémone, qui offrait une très-forte orthopnée, une sueur visqueuse, la pâleur et une perte extrême de forces; dans le sérum du sang tiré par la veine nageait une abondante quantité de chyle. Il succomba; à l'autopsie, on trouva le thorax rempli de sérosité sanguinolente, le péricarde énormément épaissi, le ventre plein d'eau, signes de l'inflammation très-intense qui avait précédé. Les divers états du sang, soit par défaut, soit par excès d'hématose, tiennent toutes, selon le médecin de Crémone, à des artérites, des cardites ou des pneumonies, et ce n'est qu'en faisant disparaître ces causes qu'on arrive à faire cesser leurs effets.

De l'existence du sucre dans les urines et dans le sang des diabétiques; par F. Ambrosioni, pharmacien en chef de l'hôpital de Pavie.

Il est parfaitement connu que l'urine, dans le diabète sucré, contient une notable quantité de sucre analogue au sucre de raisin; mais l'existence du sucre dans le sang est restée jusqu'ici plus que douteuse: Marcet, Wollaston, Proust, Kane de Dublin, et enfin Berzélius, ont essayé de l'y découvrir et n'ont pas réussi. On sait même que Wollaston, trompé dans ses espérances, avait été conduit à conjecturer, ou que le sucre était formé dans les reins même, ce qui ne convient guères à ces organes, ou bien que, formé dans l'estomac par une assimilation imparfaite, il y avait quelque conduit qui le portait dans la vessie sans l'intermédiaire des vaisseaux sanguins. Enfin, M. Ambrosioni a été plus heureux.

Dans le cours de juin 1834, le professeur Cornéliani lui remit une livre de sang, tirée à un diabétique dans l'urine duquel on avait trouvé une grande proportion de sucre. Voici le procédé qu'il suivit pour l'analyser. Il étendit le caillot et le sérum dans une certaine quantité d'eau, fit légèrement bouillir le tout, sépara au moyen du filtre le liquide des parties coagulées; ce liquide était coloré en rouge sombre: pour le dépouiller de la matière colorante et des autres substances animales, il le traita par le sous-acétate de plomb, qui produisit un précipité dense, d'un blanc sale. On fit passer dans ce mélange un courant d'acide hydro-sulfurique, dans le but de précipiter aussi l'excès du sel de plomb; il en résulta une masse pultacée, noire, laquelle étendue d'eau distillée, laissa passer sur le filtre un liquide brun, qu'on fit ensuite bouillir dans une solution aqueuse de blanc d'œuf. Le blanc d'œuf en se coagulant divisa le liquide en deux parties, l'une floconneuse, brune, insoluble; l'autre, liquide et décolorée. Celle-ci lentement évaporée finit par se convertir en un sirop analogue à celui qu'on avait retiré de l'urine du même malade. Ce sirop, laissé en repos durant quelques semaines, laissa déposer de petits cristaux incolores de forme prismatique, à base rhomboïdale, en un mot, avec tous les caractères des cristaux du sucre candi. Le sirop non cristallisé ayant été exposé à une température de 26° R., avec un peu de levure de bière, il s'y développa un véritable mouvement de fermentation vineuse.

La quantité de sirop obtenu de cette livre de sang pouvait monter à environ une once; les cristaux pesaient 9 grains.

Le même chimiste a fait aussi l'analyse du sang d'une dame morte à la clinique d'un diabète sucré compliqué; mais il n'en obtint aucune trace de sucre, non plus que de la sérosité épanchée dans les plèvres. A quoi tient cette différence de résultats? Il est difficile d'en trouver une raison satisfaisante.

Hernie inguinale formée uniquement par l'appendice du cœcum; par le docteur Taramelli, chirurgien du grand hôpital de Milan.

Obs. — Le 19 avril 1835 entra à l'hôpital de Milan une servante âgée de 68 ans, avec tous les symptômes d'une hernie inguinale étranglée du côté droit, savoir: une tumeur du volume d'un œuf, dure et très-douloureuse; une tension très-considérable du ventre; constipation; pouls petit, profond, contracté et fébrile; mais les vomissemens n'avaient point encore apparu. La hernie datait de longues années; depuis un an seulement la malade ne portait plus de bandage, et l'étranglement était arrivé depuis deux jours.

Deux saignées, des cataplasmes, un bain, et plusieurs essais de taxis ayant été inutiles, l'opération fut pratiquée le même soir. Le sac herniaire contenait un peu de liquide. En examinant avec attention l'intestin qui y était renfermé, le chirurgien fut très-surpris de n'y rencontrer que l'appendice du cœcum développé de manière à avoir quatre fois son volume ordinaire. Pour mieux s'en assurer, après avoir débridé, il tira au dehors un peu d'intestin, et au bout de cet appendice se présenta le cœcum. Celui-ci n'avait nullement été

compris dans la hernie, et un sillon apparent à l'origine de l'appendice indiquait le point précis de l'étranglement.

La réduction fut faite, et deux jours se passèrent très-bien; mais le troisième jour il survint une fièvre violente accompagnée de vives douleurs et d'un gonflement phlegmoneux dans tout le côté correspondant à la hernie. Huit saignées, quarante sangsues et des topiques émolliens ne purent empêcher une très-abondante suppuration, et la cicatrisation complète n'eut lieu qu'à la fin de mai. On garda encore la malade jusqu'au 17 juin, époque où elle sortit parfaitement rétablie.

On trouve bien dans les auteurs classiques, dans Scarpa, Palleta, Richter, Bertrandi, Lawrence, Cooper, Warton, Benevoli, Rossius, Brendel, Morgagni, etc., des cas de hernie constituée par le cœcum et son appendice; mais une hernie formée par l'appendice seul n'a peut être jamais été observée. L'auteur fait remarquer aussi que l'étranglement de cet appendice a produit tous les symptômes de l'étranglement intestinal ordinaire, à l'exception des vomissemens.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Méthode efficace et économique pour la guérison de la teigne, par A. Palmieri.

L'auteur indique d'abord comme base du traitement de la teigne les évacuations sanguines, la propreté, les topiques émolliens, les boissons délayantes et la diète végétale. Mais sans dévier de ces règles générales, il expose brièvement une autre méthode qu'il a employée sur des indigens, et qui a été couronnée du succès le plus heureux et le plus encourageant. Elle consiste à laver d'abord soigneusement la tête avec de l'eau de savon, puis on coupe les cheveux à la longueur d'environ un demi-pouce; on recouvre les parties affectées avec un léger épithème composé d'un mélange de fiente de bœuf et de terre rouge commune, qu'on laisse en place durant quatre jours; après ce temps, on procède à la dépilation avec une extrême facilité, et les cheveux s'enlèvent à l'aide des doigts ou des pincettes, *comme si c'étaient*, dit-il, *les plus tendres plumes d'un jeune pigeon*. Si cependant quelques-uns résistent, ce qui est rare, on les arrache à l'aide de bandelettes de toile fraîchement enduites de poix. Ceci terminé, il suffit de laver la tête tous les trois jours avec l'eau de savon pour obtenir une cure complète, qui arrive en général au bout de dix jours. S'il existe des rhagades, des fissures qui laissent échapper du sang, on les recouvre d'un peu de suie pulvérisée qui a coutume de hâter la guérison désirée. Certes, on ne saurait refuser à ce procédé d'être fort économique; l'auteur ajoute qu'il n'est nullement douloureux, en exceptant sans doute le cas où il est obligé de se servir des bandelettes poissées. C'est un remède qu'on n'oserait guère conseiller dans une grande ville; mais dans les campagnes, où le peuple, loin d'être rebuté par des topiques de ce genre, est au contraire portée à attribuer aux fientes des animaux des propriétés thérapeutiques, il ne serait pas sans intérêt de constater si le remède a vraiment une efficacité aussi remarquable et aussi prompte; et surtout ces essais ne nous paraissent offrir aucun inconvénient.

Observation de ligature des artères sous-clavière, brachiale et fessière pour des plaies intéressant ces artères; mémoire lu à la Société médico-chirurgicale de Bologne par le professeur Baroni.

Nous ne reproduirons pas les deux premières observations du professeur Baroni; les ligatures des artères sous-clavière et brachiale sont aujourd'hui assez bien connues pour qu'il suffise de les mentionner. Seulement, nous remarquerons que de ces deux ligatures, la première, faite quelques jours après la lésion de l'artère axillaire, arrêta pour toujours l'hémorrhagie; la seconde, pratiquée le second jour d'une plaie déchirée de l'avant-bras, qui avait ouvert la radiale et la cubitale, eut un succès complet jusqu'au septième jour, époque à laquelle l'hémorrhagie reparut par la première plaie; mais une légère compression suffit alors pour y remédier. L'auteur conclut donc, contre le sentiment de Dupuytren, que, dans les plaies d'artères, il vaut mieux lier le vaisseau au-dessus de la plaie que d'en chercher les deux bouts dans la plaie même; c'est un principe que nous avons depuis long-temps adopté et développé dans la Gazette médicale.

Mais le troisième fait est plus intéressant, à raison de sa rareté; on ne connaît en effet jusqu'à présent dans la science que trois cas dans lesquels l'artère fessière a été liée, par J. Bell, par Rogers et par Carmichael.

Obs. — Un paysan, âgé de 22 ans, tomba d'un arbre qu'il était occupé à émonder, et s'enfonça profondément sa faucille dans la fesse droite. De là une plaie longitudinale profonde, intéressant la peau et les muscles fessiers, plus profonde surtout à la partie inférieure, où l'on voyait à nu une portion des ligamens sacro-sciatiques et de l'os innominé. L'hémorrhagie s'arrêta promptement; la plaie fut réunie par première intention; et dans les premiers jours les choses marchèrent si bien que le blessé, trop confiant, crut pouvoir se permettre quelque écart de régime. La fièvre survint; la suppuration se fit; une collection de pus se rassembla à la partie inférieure de la plaie, et il fallut lui donner issue. Mais le quatorzième jour de l'accident, pendant la nuit, une hémorrhagie des plus graves se déclara à deux reprises différentes, et bien que chaque fois elle eût cédé à la compression, M. Baroni consulté jugea nécessaire de mettre à nu l'artère lésée et de la lier.

Ayant donc enlevé les caillots qui remplissaient la plaie, il vit jaillir du fond un jet de sang sur lequel aussitôt il appliqua le doigt. Il agrandit la plaie par en haut pour mettre mieux à nu le point d'où venait le sang, et à l'aide d'une aiguille à anévrisme recourbée à son extrémité, il lia l'artère fessière. L'hémorrhagie

fut d'abord suspendue, mais elle reprit quelques instans après; alors on plaça une seconde ligature sur le bout inférieur du vaisseau, et le sang fut définitivement arrêté. Seulement le huitième jour il en sortit un peu d'une artère située dans la lèvre externe de la plaie, à une grande distance de la fessière; on la lia également, et, un mois après la première opération, le malade était parfaitement guéri.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Statistique des opérations de taille, pratiquées à Naples par la méthode latérale et oblique en bas au col de la vessie, durant le printemps de 1835, *à l'hôpital des incurables et à celui de Sainte-Marie de Lorette;* recueillie par M. Salv. de Renzi.

Nous continuons à reproduire les documens statistiques publiés par M. Salv. de Renzi sur les opérations de taille publiquement pratiquées à Naples. Il serait à désirer que dans tous les grands hôpitaux on tînt aussi exactement note des grandes opérations et de leurs résultats; ce serait le moyen de faire disparaître de la science bien des données admises sans preuves suffisantes, et d'apprécier selon les saisons, les climats, les âges et les procédés opératoires, la valeur de ces opérations.

Dix opérations ont été faites à l'hôpital des Incurables. Six des malades avaient moins de dix ans; les autres cependant n'étaient pas arrivés à l'âge adulte. Chez tous la pierre était unique, grosse en quatre cas, moyenne chez trois, petite chez les trois autres. Neuf étaient du sexe masculin. Un seul mourut; il avait une pierre moyenne qu'on ne put extraire de la vessie: à l'autopsie on trouva la vessie presque gangrénée, la muqueuse réduite en une sorte de putrilage.

A Ste-Marie de Lorette, sur quatre opérés trois avaient moins de 15 ans; tous guérirent.

En résumé, depuis 1821 jusqu'à ce jour, on compte dans ces deux hôpitaux 454 opérés ainsi répartis:

Hommes.	Femmes.	Enfans.	Adultes.	Vieillards.	Guéris.	Morts.
439	15	216	191	47	388	66

C'est un mort sur sept; proportion très-belle sans doute, mais dont le nombre des jeunes sujets rend très-bien compte; et si cette année il n'y a eu qu'un mort sur 14, c'est que, à part un adulte, tout le reste avait moins de 15 ans.

De l'emploi du suc du concombre sauvage (momordica elaterium) aspiré par les narines dans le traitement de la jaunisse.

Nous avons reproduit dans notre dernière revue italienne un article sur cet étrange moyen thérapeutique, sans oser y ajouter trop de confiance, et toutefois en invitant les praticiens à l'essayer. Nous trouvons dans le *Filiatre* l'extrait d'une lettre sur ce sujet dont nous donnons la traduction exacte; l'auteur est le docteur Andrea di Stasia, de Caggiano (*Principate Citra*).

« J'ai lu, dit-il, les guérisons obtenues par le docteur Porri avec le suc du *momordica elaterium*, ou *cocomero asinino*, dans le traitement de l'ictéritie. Je puis vous assurer que cette méthode est depuis long-temps connue et pratiquée d'une manière empirique par nos paysans, et presque toujours avec succès. Il y a près de 40 ans qu'un jeune homme de bonne maison, étant devenu ictérique par suite d'une forte frayeur, fut soumis à un traitement régulier durant un mois, et la maladie se montrait rebelle à tous les moyens, quand, par le conseil d'un vieux paysan, ayant fait usage du suc de *cocomero asinino* aspiré par les narines, après un abondant écoulement d'un liquide jaunâtre, la jaunisse disparut sans retour. Mais outre ce cas, dans le cours de nombreuses années, j'ai vu divers villageois affectés, à la suite de fièvres automnales, de jaunisses opiniâtres, même avec engorgement du système hépatique, et qui ont dû leur guérison à ce moyen; et j'ai lieu de croire que cette méthode est également connue dans ce pays-ci. »

Le rédacteur du *Filiatre* ajoute qu'elle est connue et mise en usage dans tout le royaume de Naples. Elle consiste, comme il a été dit, à aspirer simplement par les narines le suc exprimé du fruit du *momordica elaterium*.

Histoire d'une ancienne rupture du rectum, avec passage des excrémens dans le vagin, guérie par la suture: par le docteur Placido Portal, de Palerme.

Le docteur Portal se plaint d'abord avec une vivacité toute italienne que ni M. Roux dans son *Mémoire sur les déchirures du périnée*, ni M. Rognetta dans un article sur les fistules vésico vaginales, n'aient fait mention d'une observation à lui propre, insérée en 1828 dans l'*Esculapio*, journal qui s'imprimait à Naples, puis reproduite dans les *Annali universali* d'Omodéi; et ne pouvant imaginer aucune cause satisfaisante de cet oubli, il s'en prend à la malice et à la jalousie littéraires; et toutefois, pour voir s'il ne pourra à la fin en triompher, il reproduit son observation, qui est réellement intéressante. Nous prenons volontiers part à ces plaintes, et nous allons venir en aide au désir très-légitime de publicité de M. Portal.

Il commence par rappeler les plus saillans des faits connus de déchirure de la cloison recto-vaginale; tous diffèrent de celui qu'il a observé en ce qu'ils reconnaissaient pour cause un accouchement laborieux, tandis que dans le cas qui s'est offert à lui la lésion était presque congénitale, ou du moins la cause en est restée inconnue.

Obs. — Le 17 février 1828, je fus invité, dit-il, à examiner une enfant de 4 ans, nommée Concettina Maroillo de Palerme, née de parens sains et de forte constitution. Les parens me racontèrent que, dans le

cours de l'année 1825, ils s'étaient aperçus pour la première fois que les parties externes de la génération se maintenaient continuellement enflammées et exhalaient une puanteur cadavérique accompagnée d'un écoulement de sanie également fétide. A l'examen, je trouvai en effet qu'il s'était établi une communication entre le rectum et le vagin, sans que le périnée, la fourchette et l'anus eussent subi aucune altération; et dans les efforts que faisait l'enfant pour aller à la selle, il en sortait des matières excrémentitielles qui entretenaient l'irritation. L'ouverture de communication était située à un demi-pouce au-dessus de la fourchette; assez large pour admettre le bout du petit doigt, elle offrait une forme elliptique et ses bords étaient calleux.

L'opération était la seule ressource dans un cas si grave. Je la proposai aux parens, mais non sans leur représenter les difficultés qu'elle entraînait et l'incertitude du résultat, à raison des accidens qui pouvaient suivre. Considérant que la maladie était fort ancienne et presque congénitale, mon projet était de raviver les bords de l'ouverture avec le plus grand soin, et de la réunir par des sutures. Je crus d'ailleurs devoir préparer l'enfant avec des purgatifs huileux et des lavemens.

Enfin le 27 février, l'enfant étant située comme pour l'opération de la taille, et maintenue ainsi par deux aides, j'introduisis d'abord dans l'anus le doigt indicateur gauche, en le poussant légèrement et en portant la pulpe près des bords de la fistule. Je pris de la main droite des ciseaux mousses, et en dirigeant la pointe sur le bout du doigt introduit dans l'anus qui me servait de conducteur, j'avivai les bords de la fistule; ensuite prenant une aiguille courbe armée d'un fil de soie, je plaçai un point de suture de haut en bas; sans déranger mon doigt, je repris une autre aiguille et pratiquai deux autres points de suture sur le côté (1), de manière que les quatre fils réunis formaient une espèce de croix, et je fis serrer les nœuds par un des assistans sans retirer mon doigt de l'anus. Je ne le retirai que quand tout fut fini; j'assujétis les bouts des fils sur l'aine droite à l'aide d'une petite bandelette de sparadrap: j'appliquai par-dessus la suture de la charpie et des compresses, le tout soutenu par un bandage en T.

L'enfant fut reportée au lit, on lui lia ensemble les genoux et les malléoles pour tenir les cuisses rapprochées; et on prescrivit un simple julep de guimauve étendu d'eau. Quelques heures après elle urina avec un sentiment de brûlure et de picotement à la plaie. Le premier et le deuxième jours se passèrent sans fièvre. La fièvre survint le troisième jour, mais légère; et le soir même les urines ayant coulé abondamment, elle diminua: en examinant les parties génitales, je ne trouvai qu'un petit gonflement aux grandes lèvres. Dans la nuit du quatrième jour, elle fut prise de toux et de vomissement, avec un sentiment de brûlure intense à la plaie. Le lendemain matin j'ôtai l'appareil, et examinant les choses de près, je trouvai que le point de suture latéral avait déchiré les parties qu'il devait maintenir, et que les parties voisines étaient un peu enflammées; je fis en conséquence fomenter la plaie avec une décoction tiède de guimauve et appliquer dessus des plumasseaux enduits de cérat. L'irritation se calma. Les urines étaient si abondantes qu'à la boisson prescrite je substituai l'hydrogale.

Le cinquième jour, eurent lieu pour la première fois des selles très-liquides, dont aucune partie ne traversa la plaie ou ne dérangea les autres points de suture. Le sixième jour, la malade fut tranquille. Le septième, sans cause connue, le point de suture de la partie supérieure se trouva déchiré, en sorte qu'avec la déchirure du premier ils laissaient béant presque un tiers de la plaie. Mais malgré cet accident, les selles passèrent toutes par l'anus, quoique plus consistantes que les premières.

Les deux autres points de suture se maintinrent bien: la lymphe plastique tenait les bords de la plaie rapprochés l'un de l'autre. Plusieurs jours se passèrent sans fièvre; je permis un peu d'alimens. Cependant la plaie des points de suture déchirés rendait une matière assez abondante qui obligeait à la fomenter plusieurs fois par jour. Comme j'étais convaincu que ces divers inconvéniens pouvaient faire manquer l'opération, avant de faire d'autres points de suture, ce que l'indocilité de l'enfant aurait rendu très-difficile, je voulus essayer de cautériser, avec le nitrate d'argent, les déchirures qui offraient comme une petite frange à peu près semblable aux caroncules myrtiformes; je répétai cette cautérisation sept fois; et, contre toute attente, j'observai qu'insensiblement la plaie allait en se rétrécissant et en contractant des adhérences, en sorte que dans l'espace de 77 jours l'enfant fut guérie, bien que, malgré les lavemens et les purgatifs huileux dont je ne lui faisais pas faute, elle eût eu plusieurs retours de constipation.

L'auteur fait observer en outre qu'il ne s'est servi ni du *spéculum vaginal*, ni du gorgeret de Saucerotte, à raison de l'étroitesse du vagin, qui permettait à peine aux doigts de pénétrer et d'exécuter les manœuvres indispensables pour une aussi difficile opération.

(1) Nous traduisons ici littéralement; mais il paraît d'après le texte qui suit, qu'il y a eu en tout quatre points de suture dont la disposition n'est pas bien exactement déterminée.

Lettre sur la nature et le traitement de la syphilis, par M. Ruef, D.-M. Strasbourg.

J'ai lu avec plaisir la lettre de M. Ricord sur la syphilis, adressée au président de la Société royale académique de Nantes. Comme je l'ai dit (*Archives médicales de Strasbourg*, t. 1, p. 53, 1835), nous nous sommes livrés à des recherches cliniques qui nous ont été suggérées en partie par les assertions de M. Ricord, pendant que je suivais sa clinique en 1833.

C'est dans le service de M. Ristelhueber, médecin en

chef à l'hôpital civil, que j'ai pu suivre et observer les résultats que nous avons obtenus. Le nombre de nos observations est assez considérable : nous les publierons à l'appui des opinions que nous avons cru devoir adopter.

Je me suis chargé de les recueillir et de les faire connaître ; mais comme il y a dans ce moment plusieurs travaux sous presse sur la syphilis, et que le temps me manque pour la rédaction actuelle, je crois être agréable à mes confrères en formulant d'une manière aphoristique les conclusions auxquelles les faits nous ont conduits.

1° La blennorrhagie est une maladie différente de la syphilis.

2° La non-identité du virus blennorrhagiques et syphilitique est démontrée non-seulement par les résultats de l'inoculation, mais par une foule d'autres considérations cliniques.

3° La blennorrhagie peut donner lieu à des symptômes secondaires, mais ils diffèrent de ceux qui suivent les chancres.

4° Les chancres et les pustules sont des symptômes syphilitiques qui ont pour cause ou principe le virus dit syphilitique.

5° Le bubon primitif avec ou sans chancre à la verge, est un symptôme qui appartient à la syphils et dépend de son virus.

6° Un chancre primitif peut toujours être reproduit par inoculation sur un autre point du corps.

7° Le pus du bubon est susceptible de fournir un chancre par l'inoculation, mais ce résultat n'est pas constant.

8° Par *aucun moyen artificiel* on ne parvient à inoculer les pustules.

9° L'inoculation du virus produit par le chancre prouve bien que le chancre a pour cause ce virus ; mais l'inoculation tentée sans succès avec le pus du bubon ou la matière mucoso-purulente fournie par des pustules ulcérées, ne prouve pas la non-identité de la cause ou du virus qui a produit ces symptômes.

10° La propriété contagieuse locale peut être neutralisée ou détruite par un processus vital ; et d'ailleurs les conditions vitales ou physiologiques ne sont pas les mêmes dans le moyen artificiel que dans le coït.

11° Les symptômes secondaires de la vérole peuvent succéder aux chancres, aux bubons et aux pustules primitives.

12° Les symptômes consécutifs ou secondaires de la vérole se communiquent par le contact, comme l'observation clinique le montre tous les jours. L'inoculation sans résultat dans ces cas, prouve tout au plus que la communication ne peut pas avoir lieu par ce procédé, mais ne prouve pas qu'elle ne pourrait pas avoir lieu autrement.

13° L'enfant gagne le plus souvent la syphilis au passage par contact immédiat ; mais il peut être infecté par le père ou la mère malade lors de la conception ou pendant la grossesse, qu'ils aient des symptômes primitifs ou consécutifs.

14° Les nourrices peuvent transmettre aux enfans des symptômes primitifs ou secondaires, et *vice versâ*.

15° Le traitement local employé le plus promptement possible dans les maladies primitives, ne met pas toujours à l'abri des symptômes consécutifs.

16° Les mercuriaux sont le moyen le plus efficace dans le traitement des symptômes primitifs et consécutifs.

17° Le traitement local fait disparaître les symptômes locaux ; mais l'expérience n'est pas encore assez avancée pour pouvoir admettre que ces cas ne sont pas suivis plus fréquemment de récidives ou de symptômes consécutifs, que s'ils avaient été traités par les mercuriaux.

18° Dans la syphilis constitutionnelle rebelle et qui résiste aux différentes préparations mercurielles, le traitement dit arabique sans mercure, la tisane de Feltz et surtout la *décoction de Zittman*, sont très-efficaces ; le muriate d'or compte aussi des succès.

Agréez, etc.

Maurice Ruef.

Strasbourg, le 8 septembre 1835.

Propositions sur quelques points de chirurgie ; thèse inaugurale, par J.-H. Pauly, D.-M. P., prosecteur de M. Lisfranc.

Cette thèse consiste dans une série de trente-six propositions, les unes tracées d'un style aphoristique, les autres plus étendues, ayant trait la plupart aux affections de l'utérus. L'auteur, nourri à l'école de M. Lisfranc, et qui a été pendant près de trois ans son interne et son prosecteur, a mis principalement en relief tout ce qu'il avait appris à des si bonne leçons ; et la plupart de ses propositions se retrouvent dans les leçons du professeur de la Pitié sur les affections de l'utérus, que nous avons publiées dans la Gazette médicale. Nous reproduirons cependant une sorte de statistique de 40 cas de cancer de l'utérus, sur lesquels la proportion des âges s'est trouvée la suivante.

De 20 à 25 ans	6
De 25 à 30 ans	15
De 30 à 35 ans	8
De 35 à 40 ans	4
De 40 à 45 ans	7

Ainsi c'est de 20 à 30 ans que le cancer utérin s'est montré le plus souvent. Sans doute on en trouve un grand nombre de cas vers l'âge de 40 ans ; mais beaucoup alors sont incurables, et pour qu'ils eussent quelque valeur statistique, il faudrait remonter à l'époque où ils ont pris naissance. Sur 13 cas d'amputation du col auxquels M. Pauly a assisté, il a constaté que toutes les femmes avaient eu des enfans ; et douze d'entre elles faisaient remonter le début de la maladie, ou si l'on aime mieux de leurs souffrances à leur dernier accouchement.

Nous nous bornerions à cette courte analyse, si cette thèse n'avait eu un tout autre retentissement que celui d'une œuvre de science; si l'auteur, malheureusement inspiré, n'avait saisi l'occasion de cette solennelle épreuve du doctorat pour diriger une attaque publique contre son ancien maître, et pour ainsi dire pour le traduire à la barre d'une Faculté où l'on sait bien qu'il compte peu d'amis. Dans quelques propositions s'est révélé un esprit de dénigrement contre les œuvres de M. Lisfranc qui ont beaucoup surpris tous ceux qui savent à quel point M. Pauly devait lui rester attaché par la reconnaissance; et ce qu'il y a de plus fâcheux c'est que dans cette sorte d'ingratitude scientifique la vérité ne paraît pas avoir été mieux épargnée. On lit dans la 34e proposition de cette thèse que, sur trois cas d'ablation de la mâchoire inférieure, il y a eu deux fois une récidive immédiate : « Le troisième, ajoute l'auteur, est mort par défaut de nutrition, le 12 août dernier, 50 jours après l'opération. On ne saurait en conscience mettre cette terminaison sur le compte d'un très-léger érysipèle survenu à la face quelque temps auparavant. » Or, nous avons sous les yeux deux documens signées de cinq docteurs en médecine, de M. Vannoni, professeur à Florence, à cette époque à Paris; de l'interne et des externes de la salle, de la sœur attachée au service, et enfin d'un étudiant en médecine alors malade et couché près de l'opéré en question; et de ces certificats qui nous paraissent sans réplique, il résulte que ce malade n'avait pas seulement subi l'ablation de la mâchoire, mais encore celles de la lèvre inférieure et d'une grande partie des joues envahies par le cancer; que l'opéré a eu deux érysipèles, l'un qui a duré 14 jours, et le second qui a commencé quatre jours avant la mort; enfin que loin d'avoir succombé à l'inanition, cet homme faisait en cachette des excès de vin, et qu'on en trouva même une bouteille sous ses oreillers.

Nous aurions l'air de faire une réponse personnelle aux attaques de M. Pauly, si nous combattions chacune des assertions de sa thèse par des argumens de la nature de celui que nous venons de reproduire : un seul suffit pour laisser juger de ce qu'on pourrait faire en ce genre; mais en taisant les réflexions pénibles qu'ont fait naître sur nous de semblables procédés, et sans parler de la loyauté qui doit présider à toute discussion scientifique, nous rappelerons seulement que le serment d'Hippocrate, encore conservé et solennellement juré à Montpellier par l'élève qui revêt la robe doctorale, met la reconnaissance pour ses maîtres au rang des premiers devoirs du médecin.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

OCTOBRE 1835.

N° 117. — 1er Octobre.

HOTEL-DIEU.

Résumé de la clinique médicale de M. le professeur Chomel, pendant l'année scolaire 1834-1835.

Rhumatisme. Le nombre des malades atteints de rhumatisme aigu a été de 49, dont 25 hommes et 24 femmes. 27 ont été observés pendant le semestre d'été, et 22 pendant celui d'hiver. 30 ont rapporté leur maladie à un refroidissement subit. Un certain nombre habitaient des lieux humides.

Cette dernière cause mérite, selon M. Chomel, plus d'importance que la première ; car les gens des classes peu élevées confondent souvent le frisson qui marque le début de la maladie, avec le refroidissement, qui doit être considéré comme cause. L'influence du froid est extrêmement prononcée sur la production du rhumatisme musculaire ; mais pour le rhumatisme articulaire cette cause est à peu près nulle.

La durée du rhumatisme articulaire général a été une seule fois de quinze jours ; dans les autres cas, la maladie s'est prolongée de trois semaines à trois mois.

A la tête des moyens thérapeutiques qui ont été employés, il faut placer la saignée générale. L'emploi des émissions sanguines a souvent été suivi de soulagement; mais, quoiqu'on les ait employées largement, on n'a jamais pu juguler la maladie. Je rappellerai entre autres l'observation d'un malade à qui on tira douze livres de sang. La maladie sembla se terminer le vingt-cinquième jour, mais elle revint au bout de quelques jours, et se prolongea pendant une quinzaine.

Chez un autre, la maladie sembla se terminer le onzième jour, mais la fièvre et les douleurs se ranimèrent après quelques jours de rémission, et la durée totale fut encore de plus de trois semaines.

Nous avons observé quelques cas dans lesquels l'affection siégeait dans les organes intérieurs. Un malade nous a présenté les symptômes d'une affection rhumatismale de la vessie. Douleurs hypogastriques, augmentant par la pression ; ténesme vésical, besoins fréquens d'uriner, sans trouble de l'urine, sans que ce liquide contint du pus ou des mucosités ; tels étaient les symptômes qu'offraient le malade. On mit en usage les bains, les émulsions ; on appliqua des rubéfians sur les articulations primitivement affectées, et tout disparut assez rapidement.

Chez une jeune fille, l'affection rhumatismale occupait le côté gauche de la poitrine ; la douleur était extrêmement vive dans le côté du thorax affecté; elle augmentait par la toux et les fortes inspirations. Cependant l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissaient que des signes négatifs. L'expectoration était nulle. Plus tard les douleurs envahirent le larynx ; elles se portèrent ensuite sur les muscles de la langue. Des bains de vapeur, des boissons sudorifiques, la poudre de Dower, triomphèrent de la maladie.

Enfin, dans un cas, la maladie nous a paru résider dans les parois de l'estomac.

Choléra. Nous n'en avons observé qu'un seul cas. Celui qui en était affecté était un maçon dans la force de l'âge, qui était couché au n° 29 de la salle Sainte-Madeleine. Pendant le mois de juillet, cet homme après avoir pris un léger repas du soir, va se baigner à la rivière. Pendant la nuit, vomissemens répétés, diarrhée, crampes. Persistance des mêmes symptômes le lendemain. Admission à la clinique. Lorsqu'il fut examiné pour la première fois, la face était violette, les yeux excavés, le pouls très-petit ; mais les crampes et le dévoiement avaient cessé sous l'influence des préparations opiacées qui avaient été administrées la veille.

On continua l'emploi des mêmes moyens pendant deux ou trois jours, et tout disparut. C'est là un de ces choléras sporadiques qu'on observe pendant le cours de l'été. C'est de cette affection que Sydenham disait : qu'elle était aussi fidèle au mois d'août que l'hirondelle au printemps.

Affection du foie. Nous avons observé deux cas de colique hépatique. Chez l'un et l'autre malade de vives douleurs se faisaient sentir dans l'hypocondre droit et la région épigastrique ; elles revenaient par accès, arrachaient des cris aux malades qui se roulaient dans leur lit ; la peau chez l'un et l'autre offrait une teinte ictérique. Tout a disparu, quoiqu'aucun calcul biliaire n'ait été expulsé. Si, comme tout porte à le croire, la colique hépatique était liée à l'existence de calculs biliaires, il est à craindre que la maladie ne récidive dans les deux cas.

J.

Chez une malade qui a succombé, nous avons observé une obstruction du canal cholédoque par un calcul biliaire. C'était une femme âgée de 50 ans, couchée au n° 7 de la salle St-Lazare. Elle éprouvait des accès de colique hépatique depuis le 15 décembre, lorsqu'elle fut admise à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier. Elle était alors tourmentée par des douleurs atroces siégant à l'hypocondre droit et à l'épigastre. Sa peau et ses sclérotiques présentaient une teinte ictérique très-prononcée; elle était dans une agitation continuelle et vomissait des flots de bile. Le pouls était petit, tremblotant; elle était agonisante au moment de son admission. On fit une forte application de sangsues sur la région du foie. Mais cette médication fut impuissante; la mort eut lieu rapidement.

A l'ouverture du cadavre, on trouva des adhérences qui unissaient le foie à l'estomac et au duodénum. Cet organe avait acquis un volume considérable : le canal cholédoque, après un pouce de trajet, était obstrué par un calcul biliaire du volume d'une noisette. Au-dessous de l'obstruction existait une dilatation de ce canal égale au diamètre de l'intestin. Les ramifications des conduits hépatiques sont très-dilatées; en coupant le foie par tranches, on voit suinter de son parenchyme une matière brunâtre, mêlée à de petites granulations concrètes. Dans divers points de son tissu se trouvaient des collections de liquides purulens, tandis que dans d'autres existaient des foyers contenant de la bile en nature. L'organe hépatique présentait une teinte jaunâtre anormale; sur les parois internes du conduit dilaté existaient une ulcération provenant sans doute de la présence du calcul dans ce point du canal.

Il est rare de voir, dit M. Chomel, la mort arriver par suite de l'obstruction des conduits biliaires par un calcul. Ordinairement, après de douleurs atroces, le calcul est rendu, soit par les vomissemens soit par les selles. Dans ce cas, la terminaison a été fâcheuse, et l'ouverture du cadavre a permis de constater les désordres qui avaient été soupçonnés pendant la vie. Le calcul biliaire était si volumineux qu'il n'avait pu franchir le canal cholédoque et tomber dans le duodénum, ni se frayer un passage du côté de la vésicule du fiel. L'ictère devait être la conséquence de l'interruption du cours de la bile.

Dans la grande majorité des cas où la teinte ictérique de la peau ne se montre pas à la suite d'une vive impression morale, on a lieu de supposer qu'un obstacle mécanique intercepte le cours de la bile.

Un sujet a offert, à l'ouverture du cadavre, un énorme *kyste hydatique* dans le foie.

La cyrrhose s'est montrée chez plusieurs malades : elle a toujours été diagnostiquée. Toutes les fois qu'il existe une hydropisie ascite chez un sujet qui n'offre aucune lésion organique du cœur, et chez lequel l'absence d'albumine dans les urines ne permet pas de soupçonner une altération des reins, on doit redouter l'existence d'une *cyrrhose du foie*. C'est à l'aide de ces signes qu'elle a été reconnue chez les différens sujets qui en étaient affectés.

Parmi les malades qui ont succombé au *cancer du foie*, nous citerons l'abbé Noir, l'un des prévenus d'avril de la catégorie de Lyon, qui est mort à l'âge de 30 ans dans les salles de la clinique. Outre le cancer du foie, on a trouvé chez lui des masses encéphaloïdes dans le poumon et la fosse iliaque droite.

HOPITAL GÉNÉRAL DE HAMBOURG.

De la Guérison radicale du varicocèle; par le docteur Fricke, chirurgien en chef.

Académie de Médecine, séance du 26 septembre.

(Suite du numéro précédent.)

Première observation. M. C. M. B..., servante, 28 ans, entra à l'hôpital le 15 janvier 1832. Elle avait toujours été bien portante, et huit ans auparavant avait heureusement relevé de couches.

Depuis six mois elle avait éprouvé une chute du vagin et de la matrice avec douleurs vives aux reins, aux cuisses et aux environs du bassin. Elle continua ses occupations; toutes les fonctions étaient régulières, seulement l'écoulement de l'urine était douloureux. La chute augmenta tellement qu'elle ne pouvait travailler sans fortes douleurs.

Nous trouvâmes une partie du vagin sortie de tous côtés, dépassant d'un pouce la *rima pudendorum*. Les parties saillantes étaient dures et gonflées, mais peu enflammées et peu douloureuses au toucher. La matrice était immédiatement derière la fente, son orifice plus en arrière; elle était un peu inclinée en avant; toutes ces parties rentraient aisément, si la malade était couchée horizontalement; mais elles sortaient aussitôt qu'on cessait de les repousser. Les couches qui avaient précédé, la largeur du bassin et un travail pénible étaient très-probablement la cause de l'étendue du mal.

La malade fut couchée horizontalement, et on fit préalablement des injections astringentes dans le vagin.

Le 17 janvier, un pessaire fut introduit, et la malade maintenue dans la position horizontale. Le pessaire, trop petit, était sorti du vagin, de sorte que le 23 janvier il fallut en introduire un plus grand, qui fut véritablement en état de retenir la chute.

La malade se plaignait peu de douleurs les premiers jours après l'introduction du pessaire; mais quinze jours après il se manifesta un écoulement considérable accompagné de douleurs aiguës dans le vagin. Des recherches attentives firent découvrir dans la partie supérieure du vagin deux abcès considérables d'où sortait beaucoup de pus. Le vagin était très-douloureux au toucher. L'écoulement des glaires vaginales était fort abondant et répandait une odeur insupportable; on retira le pessaire et on y substitua des bandages; on fit des injections d'eau de saturne.

Le 17 février, les abcès étaient presque guéris; on

introduisit dans le vagin une éponge imbibée d'une décoction d'écorces d'ormeau.

Le 3 mars, les abcès étaient entièrement cicatrisés ; on réitéra les essais avec des pessaires de forme et de grandeur diverses, mais aucuns ne retenaient parfaitement la chute, ou s'ils remplissaient ce but, il se faisait instantanément des écoulemens considérables d'une matière sale et puante ; de sorte que la malade ne voulut plus se soumettre à ces applications. Nous nous décidâmes à employer l'*épisioraphie*.

La malade couchée horizontalement, on repoussa la chute, et on introduisit dans le vagin, pour la retenir, une éponge de la grosseur d'un œuf de poule. Un lambeau de deux pouces et demi de longueur fut détaché des grandes lèvres par le procédé ci-dessus ; les artères furent tordues et dix points de suture suffirent pour la réunion de la plaie. A la partie supérieure du vagin, il resta une ouverture d'un pouce de diamètre. La malade fut ensuite transportée dans son lit, couchée sur le côté, le bassin un peu élevé et les genoux liés ensemble avec un mouchoir. On prit le soin de couvrir la plaie de compresses imbibées d'eau de Goulard et souvent renouvelées.

Le 11 mars, la malade avait éprouvé pendant la nuit quelques douleurs dans la plaie ; du reste, son état était satisfaisant. L'urine fut évacuée à l'aide d'une algalie, et, pour faciliter les selles, on ordonna un lavement ; l'incision était encore réunie.

Le 16 mars, la plaie était si bien réunie, à l'exception d'une petite partie près du frénulum, qu'on pouvait enlever les fils ainsi que l'éponge qui fut retirée du vagin avec beaucoup de précaution, à l'aide d'une pince à polypes ; par l'ouverture supérieure on fit des injections avec une infusion de camomille mêlée d'eau de Goulard, et la plaie fut couverte de compresses imbibées de ce liquide auquel on ajouta de l'esprit de vin. La réunion se consolida peu à peu, et il ne resta plus qu'une ouverture à la partie inférieure, dans laquelle on pouvait à peine introduire le petit doigt. Présumant que cette petite ouverture pourrait permettre à la chute de se reproduire, nous fîmes de nombreux essais pour en opérer la clôture par de nouveaux points de suture, mais en vain.

Nous fîmes donc lever la malade, et nous observâmes que la réunion des lèvres large de trois doigts, suffisait entièrement. La malade quitta l'hôpital pour se marier bientôt après.

Deuxième observation. C. K., servante, âgée de vingt-huit ans, entra à l'hôpital le 28 juin 1833. Elle souffrait depuis un an d'une chute utérine et vaginale, suite de couches. Elle n'avait employé aucun remède ; le mal avait augmenté, et s'accompagnait d'un écoulement considérable. Les douleurs l'empêchèrent alors de se livrer à ses travaux. L'examen montra un écoulement abondant ; la matrice et le vagin étaient sortis de la vulve. Il était facile de les repousser, mais ils reparaissaient au moindre mouvement. Les pessaires causaient de la douleur sans retenir suffisamment la chute. On proposa l'épisioraphie, qui fut acceptée et eût lieu le 1er juin 1833.

On sépara des deux grandes lèvres, en commençant par le haut et en avant, vers le bas et en arrière, jusqu'à la commissure postérieure, un lambeau de peau de la largeur de deux doigts. Une seule artère fut tordue, l'utérus repoussé, les bords de l'incision réunis par la suture, la malade couchée sur le côté, les cuisses rapprochées du ventre et les genoux liés. Je prescrivis des compresses imbibées d'eau de Goulard à la glace.

Le 2 juillet les bords de la plaie étaient un peu gonflés ; les compresses furent enlevées, et l'on se contenta d'injections d'eau de Goulard.

Le 3, les fils, à l'exception d'un seul, furent enlevés, et l'on trouva la plaie réunie. C'était le fil suspenseur qui resta encore en place. La malade fut maintenue dans la position horizontale, et les injections d'eau de Goulard furent continuées.

Le 4 juillet, le dernier fil fut retiré, et la plaie se trouva parfaitement cicatrisée : on permit à la malade de se lever.

Le 4 août, elle marchait sans la moindre difficulté, et pouvait se livrer à ses travaux ; elle ne fut retenue à l'hôpital que pour l'observer plus long-temps.

Le 19 septembre elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

N° 118. — 3 Octobre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

24 août 1835. — *Opinion sur la syphilis et son traitement.*

M. Velpeau profite de quelques cas d'affections syphilitiques qui se sont montrés dans son service pour faire connaître son opinion sur cette maladie.

La syphilis, dit-il, est une *inflammation ;* mais comme ce mot est vide de sens, et n'apprend pas davantage sur la nature de cette affection, que ne le pourrait faire le mot *maladie*, il est évident qu'il n'aurait aucun inconvénient s'il n'agissait sur les moyens thérapeutiques que beaucoup de médecins emploient pour la combattre. En effet, beaucoup de praticiens, par cela seul qu'une maladie est une inflammation, en concluent qu'elle doit être traitée par les antiphlogistiques ; c'est là qu'est le danger, car deux maladies peuvent être inflammatoires et avoir leur source dans deux causes bien différentes ; ainsi une piqûre de puce et une piqûre de punaise sont des inflammations très-circonscrites ; causées par deux fluides distincts que ces insectes ont laissés dans la petite blessure. Cependant le remède propre à la guérison de l'une pourrait exaspérer les symptômes de l'autre, ou du moins n'exercer aucune influence salutaire ou fâcheuse sur sa marche.

Parfois dans l'acte vénérien, l'homme puise dans les organes génitaux de la femme un virus, un *je ne sais quoi*, qui produit une inflammation spécifique de

l'urètre; la phlegmasie peut borner son action à ce canal, et disparaître avec ou sans traitement; d'autres fois, par suite des communications vasculaires qui existent entre les parties génitales et les ganglions inguinaux, l'inflammation vient envahir ces derniers, les bubons en sont les résultats; d'autres fois enfin, le virus peut borner son action au gland, ou bien au prépuce, et produire des chancres, des végétations, etc. Si la maladie n'a point été traitée ou si elle l'a été d'une manière incomplète, alors on voit surgir une infection générale; la matière virulente était d'abord isolée dans une partie du corps; plus tard elle semble s'être combinée avec les molécules organiques des tissus de toute l'économie. Au bout d'un temps plus ou moins long elle manifeste ses ravages; de là ces taches cuivreuses, ces caries, ces nécroses, ces exostoses et ces ulcérations ayant leur siége sur le système des membranes muqueuses et spécialement sur celle du pharynx.

Si toutes ces assertions sont fondées, il est évident qu'il faudra attaquer le mal dans sa source. Or, cette source est un virus introduit dans l'économie, et qu'il faut combattre empyriquement par son spécifique, le mercure. Quant aux guérisons qu'on dit avoir obtenues par les antiphlogistiques, le professeur ne révoque point en doute la bonne foi de ceux qui prétendent les avoir obtenues, mais il fait observer que les malades traités de cette manière sont pour la plupart dans des hôpitaux militaires; les émissions sanguines font disparaître les symptômes extérieurs; les malades sortent de l'hôpital, changent de garnison; les médecins qui les ont traités les perdent de vue, et croient fermement les avoir guéris; mais au bout de six mois, un an, deux ans, la maladie reparaît, parce que les antiphlogistiques ont été dans l'impuissance d'expulser de l'organisme le virus qui l'avait envahi tout entier.

En outre, dans les établissemens où l'on traite le mal vénérien par les débilitans; les malades se procurent du mercure à l'insu du médecin, qui ne manque pas d'attribuer la guérison aux antiphlogistiques.

Ces assertions du professeur sont basées sur des preuves qu'il sera, dit-il, toujours prêt à fournir. Pour celui dont le nom et les paroles sont un garant de sincérité, les preuves deviennent inutiles. En résumé:

1° La syphilis est une inflammation de nature particulière, locale ou générale.

2° Son remède spécifique c'est le mercure et les différentes préparations, telles que le proto-chlorure, le proto-iodure, etc.

3° Les antiphlogistiques sont nuisibles parce qu'ils affaiblissent les malades, et font disparaître les symptômes extérieurs, tandis que la cause de ces symptômes existe à l'intérieur avec toute son énergie. Cependant, si le malade était d'un tempérament pléthorique, s'il était en proie à la fièvre, il serait opportun d'employer des émissions sanguines dans le but de combattre ces complications.

Enfin M. Velpeau cite l'observation d'une femme couchée au n° 24 de la salle Sainte-Catherine, et qui présentait de nombreuses plaques cuivreuses, une large ulcération sur le nez, des ulcérations au pharynx, une perforation du voile du palais, des caries et des nécroses des os maxillaires supérieurs et des os du nez. Chez elle l'emploi du mercure a fourni des résultats merveilleux, et qu'indubitablement on n'aurait point obtenus par les antiphlogistiques.

Emploi d'énormes vésicatoires et du mercure en frictions dans les tumeurs blanches.

M. Velpeau emploie dans le traitement des tumeurs blanches d'énormes vésicatoires volans, dont il entoure toute l'articulation. Quand le vésicatoire est enlevé, il fait faire sur la partie malade des frictions avec l'onguent mercuriel. Quand le premier vésicatoire est sec, on en applique un second, auquel succèdent de nouvelles frictions. Par ce moyen, dit-il, la maladie se trouve jugulée en peu de temps. Les élèves qui suivent la clinique ont pu constater l'efficacité de ce mode de traitement. M.

N° 119. — 6 Octobre.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Sanson.

Phlébite consécutive d'une saignée faite au bras droit; accidens généraux graves; administration du tartre stibié; guérison.

Le malade qui fournit le sujet de cette observation est âgé de quarante ans et quelques mois; il est d'une taille assez élevée, d'une faible constitution, d'un développement thoracique imparfait. Presque chaque année il était affecté de bronchites aiguës qui passaient toujours à l'état chronique, et duraient ainsi plusieurs mois. Son métier de boulanger favorisait encore le retour de cette affection.

Dans cet état de santé équivoque, tout-à-coup, dans les premiers jours du mois de mai, cet homme ressentit une douleur violente dans le côté droit de la poitrine, au-dessous du mamelon. En même temps, il fut pris de céphalalgie. Obligé de garder le lit pendant deux jours, il juge convenable de se traiter lui-même par un litre de vin chaud sucré et aromatisé avec de la cannelle, il s'administre quelques lavemens, et s'applique un cataplasme émollient sur le point douloureux. La douleur augmente et s'accompagne d'une toux intense et de crachats rouillés. Un médecin est alors appelé, qui pratique immédiatement une saignée au bras gauche, et deux jours après une saignée au bras droit. Un certain nombre de sangsues furent bientôt appliquées sur le côté droit du thorax, des boissons diaphorétiques furent ordonnées, unies aux autres indications diététiques; la guérison de la pleuro-pneumonie ne tarda pas à être obtenue; mais le troisième jour après la saignée du bras droit, des accidens locaux survinrent, et parurent dépendre de l'inflammation de la veine médiane

basilique, qui avait été ouverte par la lancette. Le médecin fit appliquer à deux fois différentes un certain nombre de sangsues au niveau du pli du bras, que l'on entourait de cataplasmes émolliens et narcotiques. On ne put obtenir par ces soins aucune amélioration dans les symptômes, ce qui décida le malade à se faire recevoir à l'Hôtel-Dieu.

Etat du malade à son entrée. Douleur très-vive sur toute la longueur du membre supérieur du côté droit; gonflement et tension manifestes sur le trajet de la veine basilique et sur le tronc de celle-ci au bras; gonflement du tissu cellulaire jusqu'à l'aisselle; la plaie faite par la saignée est béante, les bords en sont durs, il s'en écoule une sanie purulente. Comme il arrive le plus fréquemment, l'inflammation de la veine et du tissu cellulaire laissait intact l'avant-bras, et semblait gagner du côté du cœur le long du bras, où la pression sur plusieurs points faisait nettement circonscrire quelques foyers de pus isolés les uns des autres : on pouvait en compter trois ou quatre. Le mouvement fait pour écarter le bras du tronc exaspère les douleurs. L'engorgement des glandes axillaires est médiocrement prononcé; la chaleur de tout le bras est mordicante et très-élevée.

Le pouls est fréquent, mais régulier; la peau de tout le corps est chaude, la gorge est irritée, donne la sensation d'un picottement qui provoque une toux sèche. La langue est couverte d'un enduit saburral; facies altéré, absence de sommeil et de défécation.

M. Sanson prescrit l'application de vingt-cinq sangsues sur le bras, suivie d'un bain local; fomentations émollientes sur tout le membre, et boissons laxatives. La continuation de ces moyens pendant deux jours n'amène aucun bon résultat; la toux reparaît plus violente et par accès, les crachats sont blanchâtres et visqueux. Le symptôme le plus alarmant, et qui n'avait pas cessé dès l'arrivée du malade, consistait dans les frissons et la fièvre avec prostration, ce que les praticiens considèrent comme dénotant la phlébite avec la résorption purulente.

Jusqu'alors on avait employé pour traitement les sangsues répétées sous l'aisselle et le long du bras, les cataplasmes, les fomentations, les bains locaux, trois bains entiers, les tisanes pectorales et laxatives, les potions diacodées, et malgré tous ces moyens opportuns, les accidens généraux persistaient et devenaient plus inquiétans. Il était donc indiqué de recourir à une méthode différente. M. Sanson crut alors devoir faire usage d'un médicament dont il avait eu plusieurs fois à se louer.

Le quatrième jour de l'entrée du malade, il lui fit administrer le tartre stibié à la dose de huit grains dans quatre onces d'infusion de fleurs de tilleul édulcorée. Le malade but cette potion à trois reprises différentes dans la journée; il en ressentit quelques nausées. Le lendemain légère amélioration; même prescription que la veille, qui est tolérée le lendemain de la même manière.

Après l'administration de cette seconde potion, on fut assez heureux pour constater la disparition de tous les accidens graves, tels que les frissons irréguliers qui s'étaient toujours montrés par intervalles, la fièvre continue, les sueurs et l'adynamie très-prononcée. Les accidens locaux ne furent pas moins rapides à disparaître; les petits foyers purulens développés dans le bras se dissipèrent sans recourir à aucune incision.

Vers la fin du mois de mai, le malade pouvait se promener, et terminait une convalescence que son ancienne affection de poitrine semblait seule retarder encore.

Caffe, D.-M.-P.
Chef de la clinique ophthalmique
de l'Hôtel-Dieu.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Des orbitocèles cancéreuses, ou pouvant devenir telles.

(Suite du numéro 116.)

§ II. *Caractères physiques et physiologiques.*

C'est ordinairement par l'exophthalmie que s'annonce aux sens du chirurgien le début des tumeurs cancéreuses de l'orbite. Ce caractère est bientôt suivi de diplopie, si dans son déplacement la sphère oculaire dévie le moins du monde de sa direction axuelle et si la rétine conserve encore sa sensibilité naturelle. L'exorbitisme sera convergent, si la maladie réside dans la glande lacrymale ou si elle s'avance du côté externe de l'orbite; il sera divergent au contraire, descendant ou bien ascendant, en cas que la tumeur proémine vers la paroi interne, supérieure ou inférieure de la même cavité. On conçoit déjà de quelle importance il est pour le traitement de ces tumeurs de bien apprécier la direction qu'elles affectent, d'après le mode de déviation de l'organe visuel.

Dans quelques cas rares, l'exophthalmie en question est précédée d'une conjonctivite récurrente, ainsi que cela résulte de l'observation de M. Gerdy ci-dessus citée, et d'une foule d'autres cas analogues.

Il est encore plus rare que la déclaration de la tumeur ne se fasse qu'après une certaine faiblesse de la vision. Cela arrive surtout lorsque la source de l'affection est dans la gaîne ou dans la pulpe même du nerf optique.

Mais le plus souvent la cécité dont il s'agit ne fait que suivre l'apparition et les progrès de l'extrusion oculaire: elle peut cependant tarder quelquefois très long-temps avant de paraître si le nerf visuel n'est pas comprimé par la présence de la tumeur.

A cette première période de la maladie, l'orbitocèle commence déjà ordinairement à faire éruption au dehors par un des côtés de la base de l'orbite et à se montrer sous la paupière qu'elle soulève. Si cependant

le mal n'émane que du sommet du cône orbitaire, et que dans sa progression il ne fasse que suivre la direction de l'axe de la sphère visuelle, cette apparition n'arrive que beaucoup plus tard: l'exophthalmie dans ce dernier cas est directe, et le diagnostic fort obscur.

Du reste, ni dans l'une, ni dans l'autre forme de l'affection, le diagnostic ne saurait être infaillible à cette époque. Tous ces caractères, en effet, se rencontrent également dans d'autres espèces de tumeurs de la même région.

La durée stationnaire ou progressive de ces deux premiers symptômes est indéterminée.

Un troisième caractère se joint en attendant aux précédens; c'est la douleur, d'abord sourde et intermittente, puis lancinante, continue ou rémittente.

Bien que cette douleur puisse exister à toutes les époques de la maladie, néanmoins c'est dans la période du ramollissement qu'elle se fait le plus vivement sentir. Elle devient plus tard irradiative, se faisant à la fois sentir et dans l'orbite, et dans la tête, et dans l'oreille et dans la joue.

L'insomnie et ses conséquences sont la suite inévitable de ce dernier symptôme. La tumeur prend alors un grand accroissement rapide: l'œil devient terne, perd toute son expression naturelle; il est hydropique; la conjonctive s'enflamme douloureusement, et l'amaigrissement général s'empare graduellement du corps du malade.

Le toucher chirurgical n'apprend rien de plus à cette seconde période qu'à la première. Les élancemens très-vifs pourraient à la vérité être regardés comme caractéristiques si l'on ne savait déjà aujourd'hui que plusieurs maladies de nature très-différente peuvent aussi présenter le même symptôme.

La progression des caractères ci-dessus en amène naturellement d'autres de gravité majeure. L'ectropion, l'épiphora, la conjonctivite ulcérative, la photophobie, le trouble de la cornée et la fièvre s'associent bientôt aux circonstances qui précèdent. La tumeur semble donner alors la sensation d'une fausse fluctuation au toucher, et la fatale période d'ouverture ou d'ulcération extérieure ne tarde pas à s'approcher. Le mal prend à cette époque la forme d'un champignon grisâtre; sa surface, couverte de végétations vasculaires très-tendres, laisse échapper un ichor rosacé âcre, très-fétide, qui excorie les paupières et la joue; les ganglions sous-auriculaires s'engorgent, ils s'ulcèrent même à leur tour quelquefois; les douleurs deviennent atroces, et la cachexie cancéreuse générale se déclare. La mort termine bientôt cette scène horrible de symptômes.

§ III. *Etiologie.*

Prétendre avec un célèbre médecin de nos jours que la cause pathogénique du cancer réside dans une inflammation, c'est renier les faits les plus incontestables qui démontrent le contraire. L'anatomie pathologique du squirrhe, en effet, ne présente rien, ni dans son tissu intime, ni dans les tissus environnans, qui puisse être rapporté à un travail phlogistique quelconque. Je convicns cependant avec M. Broussais, qu'une inflammation chronique est quelquefois capable de produire des indurations lardacées dont les apparences ont quelque chose d'analogue à celles du squirrhe, ainsi qu'on le voit dans le trajet et autour de certaines fistules, dans le parenchyme de certaines tumeurs blanches, etc. Mais quelle différence immense entre la structure intime et la nature de ces deux substances? Outre que les indurations inflammatoires sont susceptibles de résolution complète, ces tissus ne subissent jamais la dégénérescence cancéreuse. Ces circonstances ne se vérifient malheureusement pas dans le véritable squirrhe.

Nous avons déjà dit que nous n'admettions pas la métamorphose des tissus normaux préexistans en substances squirrheuse ou cancéreuse, et nous avons considéré ces dernières substances comme des corps accidentels nouveaux, produits par une sécrétion morbide inexplicable des tissus naturels. Nous ne pouvons par conséquent pas adopter à cet égard la doctrine de l'illustre auteur de l'Examen des doctrines.

Si une contusion, une piacée, une pression quelconque, ont pu être quelquefois accusées avec vraisemblance dans la pathogénie d'un cancer du sein, un pareil soupçon ne saurait exister pour les orbitocèles dont il est question.

Hunter et Adams ont soutenu l'idée de l'existence d'un être animé dans la production de toutes les variétés du cancer. C'est suivant ces auteurs, une sorte d'hydatide (hydatis carcinomatosa) dont les mouvemens dans nos tissus vivans déterminent les douleurs atroces qui accompagnent le cancer. Mais personne, je pense, ne saurait admettre aujourd'hui comme cause de cette affection une pareille hypothèse que rien ne démontre. Quoi! cette hydatide serait-elle une espèce d'hydre merveilleuse toujours renaissante à chaque fois qu'on la terrasse, même après l'ablation complète de la partie!! On rencontre, il est vrai, quelquefois des vers accidentels à la surface d'un cancer ulcéré comme dans toutes les plaies en général, mais rien ne répond à l'opinion des deux médecins anglais que je viens de citer.

Une investigation assez importante à propos de l'étiologie du cancer, serait de savoir la véritable cause des douleurs lancinantes qui accompagnent constamment cette maladie, surtout dans la période de ramollissement. Voici quelle est l'explication donnée par M. le professeur Mojon.

Dans la période de crudité, dit ce physiologiste, le squirrhe irrite mécaniquement ou par simple pression, l'atmosphère nerveuse qui l'environne; de là douleur. Bien que le scalpel, ajoute l'habile anatomiste génois, ne puisse pas suivre les filets nerveux de la substance squirro-cancéreuse, néanmoins ces filets existent; leur pulpe se trouve comme étranglée par les progrès de la maladie, de-là une seconde cause de douleur. Enfin, lorsque le mal est arrivé à sa troisième période, M. Mojon admet une troisième cause de douleur, c'est le

contact de la matière ichoreuse, âcre et irritante sur les nerfs de la région malade ; c'est ce qui rend, selon lui, irradiante la sensation pénible dont il s'agit.

M. Mojon pense qu'un bon moyen pour calmer la douleur dans la dernière période du mal, serait de remplir la surface ulcérée de la tumeur de poudre de magnésie ou d'un autre alcali qui, en se combinant avec la substance ichoreuse et acide du cancer, en neutraliserait peut-être le principe éminemment irritant. Ce praticien cependant ne donne cette idée que comme une simple conjecture à expérimenter.

J'adopte entièrement les idées du savant professeur de Gênes à ce sujet, et j'ajoute qu'il est aussi probable que la matière squirrheuse soit, à différentes époques de la maladie, secrétée elle-même dans l'intérieur de la pulpe des nerfs de l'orbite. De là ces récrudescences et ces variabilités irrégulières de la douleur : variabilités qu'on a dernièrement décorées des noms ingénieux d'intempérie de l'atmosphère nerveuse (Lobstein), ou de névrosthénie vicieuse et irritative (Jannini).

(*La suite au prochain numéro.*)

N° 120. — 8 Octobre

HOTEL-DIEU

Résumé de la clinique médicale de M. le professeur Chomel, pendant l'année scolaire 1834-1835.

(Dernier article.)

Maladies des reins. Les affections de ces organes ont été nombreuses et variées ; nous allons les passer rapidement en revue. Deux fois on a observé cet état granuleux des reins qui a été décrit pour la première fois par Bright, et qui se lie ordinairement à une hydropisie du tissu cellulaire et des membranes séreuses. Dans les deux cas, les urines contenaient une assez grande quantité d'albumine. Chez un des sujets, il existait en outre une affection organique du cœur.

Un seul cas de diabètes a été observé. Il était relatif à un sujet admis à la clinique vers la fin de juillet. Cet homme attribuait sa maladie à l'emploi de diurétiques dont il avait fait usage pendant le cours d'une hydropisie ascite dont il a été complètement débarrassé. M. Chomel a élevé des doutes sur la réalité de cette cause ; il ne connaît pas de diurétiques assez puissans pour produire le diabètes. Quoi qu'il en soit, la quantité d'urine rendue chaque jour était d'un seau et demi au moment de l'admission à l'hôpital. On a soumis le malade à l'usage de la chair de porc. Sous l'influence de ce régime, qui a été continué pendant quelques jours, la quantité des urines à diminué ; mais le malade, dégoûté de cet aliment, a suspendu le traitement et a quitté l'hôpital avant d'être complètement guéri.

La nature de cette affection est si peu connue, qu'on est obligé de se borner, dans l'état actuel de la science, à un traitement purement empirique.

M. Chomel rappelle à ce sujet l'observation d'un homme de la province qui vint le consulter il y a quelques années pour une affection de ce genre. Cet homme était doué d'une forte constitution ; sa figure était colorée, son pouls développé. Aussi lui prescrivit-on un traitement antiphlogistique. Saignées générales et locales.

Ce malade, à son retour dans la province, consulta un médecin de village qui lui prescrivit la chair de porc ; il se soumit à ce régime et guérit assez rapidement sans avoir fait usage des antiphlogistiques.

Un malade a présenté des symptômes de colique néphrétique, qui se sont dissipés au bout de quelques jours ; il a quitté l'hôpital sans avoir rendu de calcul.

Chez une femme couché can n° 8 de la salle Saint-Lazare, les douleurs néphrétiques étaient extrêmement intenses ; elles occupaient la région lombaire droite, se propageaient le long de la cuisse et s'accompagnaient de vomissemens. L'écoulement de l'urine fut entièrement supprimé pendant trois jours. Le cathétérisme n'amena pas une seule goutte de liquide. La mort eut lieu au milieu de ces accidens, et à l'ouverture du cadavre on ne trouva qu'un seul rein.

A gauche, il n'y avait qu'un rudiment de cet organe, qui avait deux à trois lignes de largeur et cinq lignes de longueur. L'uretère avait le volume d'une aiguille à tricoter.

Quant au rein droit, qui avait été le siége des désordres observés pendant la vie, il avait un volume considérable : il renfermait plusieurs calculs. Il existait aussi un calcul qui obstruait complètement l'uretère : plusieurs étaient également contenus dans la vessie.

Le jour même où l'on pratiqua l'ouverture de cette malade, on procéda à l'examen d'une autre qui avait succombé à un ramollissement du cerveau, et qui présenta une altération remarquable des organes sécréteurs de l'urine. L'un des reins était transformé en un kyste urineux, et renfermait plusieurs calculs ; l'autre, qui seul remplissait ses fonctions, était considérablement hypertrophié.

Colique métallique. Cette affection s'est offerte un assez grand nombre de fois à notre observation. Elle s'est présentée avec ses caractères ordinaires. On l'a combattue par les purgatifs et les narcotiques. Le purgatif auquel M. Chomel donne la préférence est l'huile de ricin. Le jalap, que l'on administre dans quelques hôpitaux, lui a souvent paru infidèle. Quelques malades qui n'avaient pas été soumis à l'influence des émanations saturnines, ont néanmoins présenté des symptômes analogues à ceux de la colique des peintres. On sait que cette maladie règne quelquefois épidémiquement. C'est elle qu'on a décrite sous les noms de colique de Madrid, colique du Poitou. La cause est différente dans ce cas, mais les symptômes et la marche sont tout-à-fait identiques.

Péritonite. Parmi les cas de phlegmasie péritonéales, il en est quelques-unes qui ont été remarquables sous le rapport de la cause. L'une était due à la rupture de kystes hydatiques développés dans l'ovaire ; l'autre à une perforation du rectum produite en administrant un

lavement ; la troisième à une perforation de la vessie et de la matrice, résultat d'une manœuvre employée pour faciliter l'expulsion du fœtus.

Le premier de ces faits est relatif à une jeune femme de vingt-huit ans, qui éprouvait depuis quelque temps des douleurs dans le côté droit de l'abdomen et dans l'aîne correspondante, lorsque le 25 juin elle fut prise d'un frisson violent, de nausées, de vomissemens, de douleur vive dans toute la région abdominale. Ces symptômes, joints à l'altération des traits, indiquaient l'existence d'une phlegmasie du péritoine. On prescrivit l'opium à hautes doses : mais la mort eut lieu trente-six heures après l'admission de la malade à l'hôpital.

Outre les produits de l'inflammation de la membrane séreuse, on rencontra à l'ouverture du cadavre, dans un des ovaires, un grand nombre de kystes, dont plusieurs étaient largement ouverts. Ceux qui restaient étaient remplis d'un liquide séreux.

Quant à la péritonite causée par une perforation du rectum, elle fut observée chez un malade à qui on administra un lavement narcotique pour une affection dysentérique. L'infirmier, qui était d'ailleurs fort habile, éprouva une certaine résistance en administrant le lavement ; il poussa néanmoins, et malgré les plaintes du malade ; une péritonite se déclara à la suite de cette manœuvre, et se termina par la mort en trois jours. On trouva à l'ouverture du cadavre une courbure du rectum à un pouce de l'anus, et c'est au niveau de cette courbure que la perforation eut lieu.

La troisième malade arriva agonisante à l'hôpital ; elle raconta qu'elle était accouchée seize jours auparavant, et que son enfant avait vécu huit jours. La nécropsie fit découvrir une perforation de la vessie et de l'utérus, qui avait été très-probablement produite par un stylet introduit dans le canal de l'urètre au lieu du vagin, dans le but de détruire le fœtus et de faciliter son expulsion.

Angine de poitrine. Chez un malade qui a succombé avec l'ensemble de symptômes qui caractérisent cette affection, on a constaté l'existence d'une tumeur anévrismale du volume d'un œuf de poule, siégeant à l'origine de l'aorte, d'une hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités droites.

Affections cérébrales. Plusieurs cas de ramollissement et d'hémorrhagie du cerveau ont été observés. M. Chomel a fait remarquer qu'il était, dans quelques cas, extrêmement difficile de distinguer l'hémorrhagie du ramollissement, lorsqu'on manquait de renseignemens sur les antécédens, et que la raideur des membres n'était pas un symptôme constant dans cette dernière affection. Ainsi, chez un homme qui fut apporté à l'Hôtel-Dieu sans connaissance, et offrant une hémiplégie gauche avec raideur du membre supérieur, on trouva un caillot sanguin dans le cercle optique du coté droit.

Chez un autre âgé de 49 ans, couché au n° 14 de la salle Sainte-Madeleine, qui offrit une hémiplégie du côté droit, sans douleur ni contracture, on trouva un ramollissement du corps strié du côte gauche.

On a observé un anévrisme de l'artère basilaire chez un homme qui éprouvait depuis deux ans de la céphalalgie, et qui a succombé à l'Hôtel-Dieu, le lendemain de son admission, dans un état comateux.

N° 121. — 10 OCTOBRE.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Hydrocèle du cou, ou hydro-broncocèle.

Bien que les exemples de kystes aqueux de la région hyoïdienne ne soient pas extrêmement rares dans la pratique des grands hôpitaux, néanmoins on voit toujours avec un nouvel intérêt ces sortes de tumeurs lorsqu'on les rencontre. Leur histoire pathologique, en effet, n'est pas encore tellement complète qu'on puisse se passer d'en recueillir avec soin les cas particuliers. Aussi est-ce rendre, selon nous, quelque service à la science et à l'art que de publier des observations de cette nature.

Une femme, âgée d'une soixantaine d'années, a été couchée au n° 2 de la salle Saint-Jean, pour une tumeur chronique de la région cervicale antérieure. Cette tumeur existait depuis trois mois au dire de la malade, et se présentait avec les apparences suivantes :

Volume et forme d'une pomme moyenne ; sans changement de couleur à la peau ; indolente ; mobile à peine à la base ; rénittente, élastique au toucher et obscurément fluctuante. Sa position est sous-cutanée au-devant du cartilage thyroïde. Pas de battemens appréciables ; la peau et les vaisseaux des parties environnantes paraissent dans l'état normal. La femme est bien portante d'ailleurs.

La circonstance cependant, du développement rapide de cette tumeur, qui ne datait que de trois mois d'après la malade, et un certain degré de mollesse particulière qu'elle présentait, firent naître un instant le soupçon d'une tumeur sanguine. Aussi une ponction explorative a-t-elle été pratiquée par le chirurgien, afin de s'éclairer sur la nature du mal avant de se décider à un traitement radical. Issue d'un liquide séreux et jaunâtre comme celui de la plupart des hydrocèles. Cette ouverture étant restée beante, laissait, le lendemain, suinter du même liquide.

Le stylet explorateur a fait reconnaître que la poche en question était plus étendue que son extérieur ne l'indiquait. Le kyste se prolongeait effectivement dans différentes directions sous la peau et peut-être aussi entre les espaces crico-thyroïdien et thyro-hyoïdien. Il y avait, en outre, une sorte d'empâtement dans son centre qui paraissait incompatible avec l'idée franche d'un kyste séreux ordinaire.

Quoi qu'il en soit, le meilleur remède qui convenait dans ce cas vient d'être prescrit, le séton ; il sera probablement passé à travers la base de la tumeur et entretenu jusqu'à ce que la cavité du kyste ait été suffisamment enflammée, pour que son oblitération puisse s'en

suivre comme celle d'un hydrocèle testiculaire qu'on traite par le séton.

Le meilleur procédé pour établir le séton dans le cas dont il s'agit, serait d'introduire à travers l'ouverture déjà existante, qui est inférieure, un stylet dont l'un des bouts présente une pointe en fer de lance, tandis que l'autre offre une ouverture comme une sorte d'aiguille à coudre.

Cet instrument, poussé de bas en haut dans la poche de la tumeur, percerait la paroi supérieure de cette poche et permettrait de passer un fil à travers la double ouverture verticale qui en résulterait à la base.

Ce fil entraînerait facilement un séton, soit de linge effilé, soit de brins de coton, qui pourrait être pansé convenablement.

Ce mode de passer le séton dans l'hydrocèle du cou, qui a été décrit et mis en pratique avec succès par M. Mannoir, de Genève, nous paraît ici préférable à tout autre procédé. Nous n'approuverions pas, par exemple, dans les cas de cette espèce, le séton transversal, par des raisons faciles à concevoir; outre qu'on s'exposerait par là à blesser peut-être quelque vaisseau important, la matière du kyste et celle de la suppuration du séton ne trouveraient pas une issue aussi libre et aussi complète que par l'autre mode opératoire.

Il est même douteux dans notre esprit que le séton transversal puisse guérir aussi complètement le mal que l'autre que nous venons d'indiquer.

L'expérience ayant démontré que l'injection vineuse dans ces sortes de kystes était suivie d'accidens graves sans guérir constamment la maladie (Mannoir), et que d'ailleurs le séton vertical oblitérait constamment et radicalement la poche morbide sans aucune espèce de danger, c'est à ce dernier remède qu'il faut principalement s'attacher.

Nous devons ajouter néanmoins avoir vu Dupuytren et Boyer traiter aussi avec succès de ces sortes de tumeurs par la simple incision et par le tamponnement consécutif, ainsi qu'on le fait quelquefois pour la guérison de certains hydrocèles testiculaires.

Dans un cas de cette espèce, cependant opéré et pansé de la sorte par Boyer chez un jeune homme de la campagne, la guérison n'a pas été radicale, car la tumeur se reproduisit, et l'on a été obligé d'en venir à une seconde opération. Cette fois l'incision fut suivie de l'excision des bords de la plaie, et la guérison complète a eu lieu. Mais cette tumeur n'était que d'un volume médiocre.

On conçoit en effet que si la tumeur était très-volumineuse, cette dernière conduite pourrait avoir des suites très-graves par l'effet de l'action de l'air sur la cavité séreuse accidentelle.

—

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE.

Division des aliénées. — Service de M. Pariset.

Mouvement de la population pendant le mois de septembre 1835.

Il y a eu dans ce mois 71 admissions, 21 guérisons et 5 décès.

Les admissions se répartissent de la manière suivante sous le rapport :

Du caractère de la folie.

Manie,	11	Monomanie, suicide,	3
Manie périodique,	7	Démence,	21
Mélancolie,	10	Imbécillité,	8
Monomanie religieuse.	5	Epilepsie,	6
			71

De l'âge.

De 15 à 20 ans,	3	De 50 à 60	10
De 20 à 30	16	De 60 à 70	11
De 30 à 40	16	De 70 à 80	3
De 40 à 50	12		
			71

On compte 21 guérisons. La rapidité avec laquelle la plupart ont été obtenues, fait assez sentir que les délires aigus ont été fréquens dans ce mois comme dans le mois précédent. Voici du reste l'âge de ces malades et la durée de leur traitement.

Âge.

De 20 à 30 ans,	6	De 50 à 60	
De 30 à 40	5	Au-dessus de 70	
De 40 à 50	5		
			21

Durée du traitement.

15 jours,	8	4 mois,	2
1 mois,	7	6 mois.	1
2 mois,	1	8 mois,	1
3 mois,	1		
			21

Les décès présentent aussi une proportion beaucoup inférieure à celle des mois précédens ; ils sont au nombre de cinq, comme dans le dernier mois, au lieu qu'au printemps et dans l'été, ils ont constamment dépassé le chiffre de 15. Voici ce qu'ils ont offert à noter sous le rapport :

De l'âge,	*du séjour*	*et des maladies.*
1 de 25 à 30 ans,	1 mois.	Phthisie pulmonaire.
1 de 30 à 35	5 jours.	Cérébrite aiguë, passée d'un autre hôpital.
1 de 35 à 40	8 jours.	Idem.
1 de 40 à 45	1 mois 1/2.	Pneumonie chronique.
1 de 75 à 80	5 mois.	Paralysie, marasme.

En résumé, le mois de septembre, comme celui

d'août, se distingue de tous les relevés des mois antérieurs par le nombre et la rapidité des guérisons, et par une notable diminution dans les décès. Mais ce n'est qu'à la fin de l'année que l'on pourra tirer de ces relevés mensuels d'utiles comparaisons.

Scipion Pinel.

N° 122.—13 Octobre.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M Rognetta.

Des orbitocèles cancéreuses, ou pouvant devenir telles.

(Suite du numéro 119.)

§ IV. Pronostic.

Il est à peine nécessaire de dire que le pronostic de la maladie en question doit être toujours réservé, grave ou très-grave, suivant la période, l'étendue et les autres circonstances particulières de la tumeur.

Ce qu'on redoute le plus avec raison dans ce mal, c'est la récidive après l'ablation, et ses conséquences formidables. Dans les six cas, en effet, de fongus médullaire de l'orbite dont nous avons recueilli les détails, tout semblait aller à merveille d'abord, la cicatrisation et la santé générale semblèrent marcher et se perfectionner avec une rapidité étonnante; mais ces bienfaits ne durèrent qu'à peine six semaines ou deux mois. Des végétations d'une malignité effrayante émanèrent du fond de l'orbite et de la base du crâne, remplacèrent bientôt les tissus déjà cicatrisés, et la mort ne tarda pas à frustrer le chirurgien de la satisfaction flatteuse de la guérison, seule récompense à laquelle il osait espérer pour les soins empressés qu'il venait de prodiguer.

En cas cependant de tumeur squirrheuse de petit volume et de fongus périostal opérés de bonne heure, la récidive, ou elle n'a pas eu lieu du tout, ou bien elle n'est survenue que très-long-temps après l'opération, circonstance fort importante à noter, pour ne pas attendre d'attaquer directement, et le plus tôt possible, ces sortes de tumeurs.

Quant au fongus ethmoïdal de J.-L. Petit, il est évident que le pronostic ne saurait être que très-fâcheux. Effectivement, ce mal est peut-être tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art.

Ce serait ici maintenant l'endroit de discuter la célèbre question concernant la préexistence ou non-préexistence constitutionnelle du principe de la diathèse cancéreuse. Les bornes cependant qui nous sont imposées par la spécialité que nous traitons dans ce moment, ne nous permettent que d'effleurer à peine ce sujet important de pathologie.

La contradiction qui règne généralement à cet égard indique déjà assez l'ignorance complète où l'on est sur cette matière. Que penser en effet lorsqu'on voit d'une part Boyer appuyer sur sa vaste expérience et sur l'autorité de ses maîtres, la préexistence constante d'un principe constitutionnel dans toute tumeur cancéreuse; et de l'autre, des chirurgiens éminens de l'époque, tels que MM. Lisfranc, Petrunti, Roux, etc., soutenir le contraire. C'est absolument l'histoire comique d'Hippocrate qui dit *oui*, et de Galien qui dit *non*.

Voici quelle est notre manière de voir à ce sujet. La matière squirrho-cancéreuse étant pour nous une sécrétion accidentelle, il en résulte que les principes formateurs du mal doivent préexister dans la constitution ou dans la masse des humeurs. Mais ces principes ont probablement besoin d'une élaboration morbide particulière par les vaisseaux sécréteurs, avant de pouvoir former la tumeur. C'est ainsi, par exemple, que les matériaux du gravier ont besoin d'un travail spécial des reins pour se solidifier et former ensuite le calcul rénal, etc. La diathèse cancéreuse proprement dite n'est qu'une sorte d'empoisonnement purulent consécutif par la résorption de l'ichor cancéreux.

Cette manière d'envisager la question explique pourquoi un cancer étant enlevé il peut s'en former un ou plusieurs autres. Les matériaux, en effet, préexistant dans la constitution, il ne faut qu'une certaine perversion dans le sentiment organique d'une partie du corps pour que la nouvelle sécrétion morbide s'opère. Mais quel est ce mode de perversion dans le sentiment organique d'une partie donnée de notre corps pour que cette sécrétion ait lieu? C'est là où nos lumières s'éteignent!

§ V. *Traitement.*

Si nous sommes fiers quelquefois de savoir couper une fièvre intermittente pernicieuse, arrêter une pneumonie grave, tuer l'insecte de la gale, chasser un vieux tœnia de notre corps, etc., il faut convenir modestement de notre ignorance lorsqu'il s'agit de la guérison radicale d'un cancer, et surtout de celui de la cavité orbitaire. Nous pouvons, il est vrai, enlever le mal, montrer de l'adresse manuelle dans l'opération qu'il exige, mettre beaucoup d'élégance et de précision dans les pansemens; mais guérir solidement le malade, c'est une autre affaire.

Tout le traitement des orbitocèles cancéreuses consiste dans l'ablation complète de la tumeur. Cette ablation portera sur la tumeur seulement si celle-ci n'a qu'un médiocre volume, et si la sphère oculaire conserve encore son intégrité. Dans ce cas, on opérera en ménageant l'organe visuel d'après les règles que nous avons établies à l'occasion des kystes orbitaires. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque l'œil est malade ou que la tumeur occupe une très-grande étendue, c'est l'enlèvement de tout le contenu de l'orbite qu'il faut pratiquer. Ceci nous conduit donc naturellement à exposer les règles à suivre dans l'extirpation de l'œil.

—

N° 123. — 15 OCTOBRE.

Maisons des orphelins et des enfans-trouvés à Moscou et à Saint-Pétersbourg.

Un des établissemens publics les plus remarquables de Moscou est celui des enfans-trouvés, fondé et doté en 1761 par Catherine-la-Grande. L'étendue des bâtimens qui le composent, les moyens employés par la fondatrice pour réunir les fonds nécessaires à son maintien, le nombre et les priviléges des orphelins qui y trouvent un asile et de l'éducation, méritent de fixer un moment notre attention.

Entre l'embouchure de la Jaouza et le Kitaï-Gorod, s'élève un groupe de bâtimens à quatre étages, surmonté d'une énorme coupole, comptant 2,228 fenêtres, et pouvant loger plus de 3,000 personnes. Ce vaste édifice, bâti sur un plan fourni par le général Bétzki, est destiné à servir d'asile aux enfans trouvés et aux orphelins privés de moyens d'existence.

Un établissement aussi considérable, consacré à l'entretien d'un aussi grand nombre d'individus, devait nécessairement absorber des sommes immenses ; voici le moyen qu'employa Catherine pour se les procurer, moyen qui démontre en même temps dans quel état de barbarie se trouve encore à présent, en Russie, l'exercice de la justice, et dans quel état d'humiliation y gémissent les bourgeois.

En Russie, les habitans des villes, artisans et commerçans, constituent réellement un tiers-état, qui, s'il ne partage pas les priviléges des boïards, est loin cependant d'être aussi malheureux que la nombreuse classe des esclaves. Ces bourgeois, pourtant, comme on peut les nommer, ne sont pas exempts d'humiliations; ils sont au contraire le jouet des boïards, qui souvent les insultent et les maltraitent impunément. Catherine, dans le double but d'adoucir leur position, et de se procurer des fonds pour l'institution des enfans trouvés, rendit un ukase par lequel il fut arrêté que tout bourgeois qui offrirait un don à l'hospice aurait droit de se faire payer une somme égale par le boïard qui l'aurait insulté, et même une somme double dans le cas où l'on aurait porté la main sur lui. La bourgeoisie s'empressa donc, par les offres énormes qu'elle fit, de mettre un frein aux vexations dont elle était victime : des sommes considérables arrivèrent de tous côtés. On cite le négociant Dimidoff, dont les ancêtres avaient les premiers découvert et exploité les plus riches mines de la Sibérie, qui, pour sa part, apporta deux millions de francs (1)

Le régime intérieur de la maison des orphelins et des enfans trouvés se distingue par une administration pleine de sagesse et de philantropie. On dépose les enfans dans la loge du portier, où ils sont reçus sans qu'il soit besoin d'aucune recommandation ; il est même défendu de demander le nom des parens ou des personnes qui les envoient, et on peut les apporter à toute heure de jour et de nuit. Ces enfans sont partagés en différentes classes, suivant leur âge ; ils restent d'abord deux ans avec les nourrices qu'on leur donne, puis on les admet dans la classe inférieure. Les garçons et les filles demeurent confondus jusqu'à l'âge de sept ans ; alors seulement on les sépare. Tous apprennent à lire, à écrire et à chiffrer. Les garçons tricotent, cardent le chanvre, le lin et la laine, et s'exercent à différens métiers. Les filles tricotent, filent, s'occupent de toutes sortes d'ouvrages à l'aiguille, font de la dentelle, sont employées à la cuisine, pétrissent le pain, en un mot, sont exercées à tous les détails intérieurs d'une maison.

Tel est le genre de vie des enfans jusqu'à l'âge de quatorze ans ; à cette époque ils entrent dans la première classe où ils sont libres de choisir la profession qui leur convient ; il existe à cet effet, dans l'établissement, diverses sortes de manufactures.

Les chambres qui servent de logement sont grandes et élevées ; les dortoirs séparés des ateliers, sont fort aérés ; Il y a entre les lits un espace suffisant, et chaque enfant a le sien. Les draps sont renouvelés tous les huit jours, le linge trois fois par semaine. En général, il règne dans l'intérieur de l'hospice une exquise propreté, même dans les chambres des nourrices ; l'usage des berceaux en est sévèrement proscrit.

Toutes les heures sont réglées avec la plus minutieuse régularité ; les enfans qui ne sont plus entre les mains des nourrices se lèvent à six heures, dînent à onze et soupent à six heures du soir. Dans les intervalles de leurs travaux, on leur accorde la plus grande liberté, et ils sont tenus à l'air autant que possible ; ils dansent, ils jouent, ils ont même un théâtre pour se divertir. La gaîté, tous les symptômes enfin du bonheur règnent sur la physionomie de ces petits êtres, qui, sans cette bienfaisante institution, ne devaient avoir d'autre perspective que la misère, la honte et peut-être la mort.

Lorsqu'ils ont atteint l'âge de vingt ans environ, ils reçoivent une somme d'argent, et on leur fournit les moyens de se créer une existence indépendante. Il leur est permis de fixer leur résidence dans la contrée de l'empire qui leur convient le plus ; privilége qui les met tout à coup bien au-dessus des paysans esclaves qui ne peuvent quitter leurs villages sans la permission du boïard. Une fois sortis de l'hospice, ils deviennent aussi libres que les habitans des villes.

Mais dans la fondation de ce bel établissement, il ne faut pas voir seulement les sentimens philanthropiques de Catherine, ou son désir de se faire un nom glorieux : il s'y décèle encore un but politique très-élevé. Ainsi le crime d'infanticide devint plus rare ; mais, ce qui était d'une bien plus grande importance, la connaissance des arts et des métiers se répandit parmi le peuple et dans la classe industrielle ; et chaque année la population s'accrut d'un grand nombre d'individus élevés dans un esprit religieux, attachés

(1) Coxe.

aveuglément au pouvoir duquel ils tenaient leur existence.

On comptait à l'hospice, en 1831, 1409 pensionnaires de tout âge, dont 666 garçons et 743 filles; le nombre des employés était de 233 hommes et 279 femmes; il y avait 539 nourrices. La maison entretenait en outre dans la ville 1579 garçons et 1524 filles, et à la campagne 7969 garçons et 9522 filles. Selon Schnitzler, le nombre des individus entretenus était, à la fin de 1831, de 23788, dont 10885 du sexe masculin, et 12903 du sexe féminin. Les dépenses de cette même année s'étaient élevées à 17,223,993 roubles.

On conçoit qu'il doit y avoir affluence dans un établissement qui offre tant d'avantages aux pensionnaires que l'on y admet. Quel est en effet le malheureux serf, habitant les environs de Moscou, qui ne s'empresserait d'y porter son enfant, sachant qu'il le transformera ainsi d'esclave en homme libre?

L'intention de la czarine n'a pas été, il est vrai, de priver les boïards des enfans de leurs serfs; mais quel moyen de reconnaître et de prévenir les contraventions lorsqu'il est défendu de s'enquérir du nom des parens de l'enfant déposé?

L'hospice de Moscou, devenu bientôt insuffisant, obligea Catherine à fonder une succursale à Saint-Pétersbourg. Paul ayant eu besoin, pour loger la garde impériale, du local qu'elle avait choisi, elle en fit préparer un autre plus grand et plus commode. On acheta dans ce but le magnifique hôtel du comte Rasoumofski, celui du comte Bobrinski, et plusieurs maisons particulières occupant ensemble un terrain de 26325 toises carrées. Sur cet emplacement fut terminé, en 1798, le vaste et beau local de l'hospice des enfans trouvés de Saint Pétersbourg, hospice confié à la direction de Marie Federowna qui, pendant toute la durée du règne d'Alexandre, mit son plaisir à lui prodiguer les soins les plus constans, ne ménageant pas les fonds considérables que son fils ne se refusait jamais de mettre à sa disposition.

Les admissions s'y élèvent annuellement au nombre de 5000, Schnitzler compte que, de 1822 à 1831, il y a été déposé 39114 enfans, dont 19222 garçons et 18892 filles.

Dans ces deux établissemens de Moscou et de Saint-Pétersbourg, la Maternité, ou maison d'accouchement, est parfaitement organisée; les femmes y peuvent venir voilées et sans crainte qu'on ose demander leur nom. Huit cents femmes enceintes peuvent trouver un asile commode dans la Maternité de l'hospice de Saint-Pétersbourg, et rien n'y manque aux soins qu'on leur donne.

Les ressources qui doivent faire face aux dépenses de cette vaste maison, dont l'aspect est plutôt celui d'une petite ville que d'un hospice, sont les revenus des Lombards, le monopole des cartes à jouer et l'impôt sur les spectacles, qui forme un revenu considérable, chaque lieu de divertissement payant une taxe de 10 pour 100 sur le produit brut de sa recette.

Cependant, malgré tous les soins dont les enfans trouvés sont entourés, il règne parmi eux une grande mortalité. A Moscou, dans l'espace de dix années, sur 52549 individus; il en est mort 34713, dont 17434 du sexe masculin et 17279 du sexe féminin.

Lorsqu'on rencontre de pareils établissemens de bienfaisance dans un pays où le peuple, plongé dans l'ignorance, gémit sous le joug le plus barbare, on a lieu de s'étonner de cette politique, qui prend soin de quelques milliers d'individus en même temps qu'elle en opprime des millions; on est stupéfait d'entendre donner le nom de philanthropie à cette charité qui s'exerce sur un petit nombre, en laissant croupir les masses dans la misère et l'ignorance.

N° 124.—18 Octobre.

Rapport général des travaux du conseil central de salubrité du département de la Gironde, pendant l'année 1834; par le docteur Léon Marchant, secrétaire du Conseil.

Ce rapport est divisé en deux sections; dans la première, M. Marchant a réuni tous les travaux du conseil relatifs à l'hygiène publique: dans la seconde se trouvent classés ceux qui ont trait à la police médicale.

Il est impossible d'entrer dans des détails circonstanciés sur plusieurs sujets dont s'est occupé le conseil. On ne saurait comprendre par exemple les travaux qu'il a proposés pour dessécher les marais de Blanquefort, si l'on n'a une connaissance parfaite des localités. C'est du desséchement et de la culture de ces terrains submergés qu'il faut attendre la disparition des fièvres intermittentes observées tous les ans à Bordeaux et dans les campagnes environnantes.

Le local occupé par l'institution des sourds-muets a été reconnu insalubre, à cause de l'humidité et de la mauvaise disposition des chambres du premier, qui sont mal ventilées. Cet etablissement est d'ailleurs peu convenable pour une école publique, vu l'irrégularité d son plan. On doit donc se féliciter que la grande r St-Martin, dont le prolongement doit venir couper l rue des Religieuses, d'après un projet adopté depu long-temps, traverse dans son parcours une partie d bâtimens de l'école des sourds-muets. C'est sur le ja din Coutard, situé à peu de distance du cours d'Albr au chemin du Tondut, que l'on a proposé de bâtir l nouvelle école. Le conseil de salubrité a appris que dan l'ancien local, les enfans d'une constitution molle lymphatique, étaient sujets souvent aux accidens de maladie scrofuleuse, et que plusieurs d'entre eux avaie succombé à la phthisie pulmonaire. Il a reconnu que jardin Coutard réunissait toutes les conditions qui peu vent favoriser le développement d'une santé robuste.

M. Guichenet, l'un des membres du conseil, frapp de la facilité avec laquelle se commettent les abus l'égard de la vente des viandes de mauvaise qualité, eu l'idée de provoquer de la part de l'autorité munic pale la création d'une inspection spéciale ayant po objet d'empêcher l'introduction sur les marchés

Bordeaux des animaux atteints de maladies. Il nous suffira, pour faire comprendre la nécessité d'une surveillance active et efficace sur les marchés de bestiaux, de citer quelques fragmens du rapport que le conseil a entendu sur ce sujet : « Quand on pense à la facilité qu'il y a à faire entrer les viandes des animaux abattus hors des barrières, et qui proviennent la plupart d'animaux morts enragés, charbonneux, phthisiques, claveleux, etc., on voit combien il est urgent de prévenir les graves accidens qui peuvent en résulter, etc.

« Un des premiers abus à vous signaler, c'est la vente des vaches arrivées déjà à une période avancée de la phthisie pulmonaire. Dans leur état d'étisie, on les fait saillir, et la gestation venant à développer l'abdomen, déguise leur maigreur au point d'en imposer à des yeux inexpérimentés. Non-seulement cette viande est exposée en vente publique, mais les bouchers livrent encore à la consommation les fœtus trouvés dans le ventre de la mère...

» Beaucoup d'animaux sont présentés dans nos marchés, bien qu'ils soient attaqués de maladies éruptives, telles que gale, dartres, ulcères chroniques et autres maladies semblables. Il y en a qui sont atteints du cancer, altération pathologique assez commune chez les animaux herbivores, lesquels sont également sujets au charbon, aux pustules malignes, à la phthisie tuberculeuse. La chair de tous les animaux qui sont abattus, actuellement porteurs de ces affections, est de mauvaise qualité et peut compromettre la santé publique ; il en est de même de toutes les espèces animales qui sont amenées sur les marchés, atteintes de la clavèle, de la cachexie vulgairement appelée pourriture, et de la ladrerie. »

— Le conseil a, du reste, adopté les conclusions de ce rapport, qui sont de proposer à l'autorité administrative de la ville :

1° De rendre un arrêté ayant pour but d'empêcher l'introduction par les barrières de tout animal mort *extra muros* ;

2° D'établir une inspection spéciale qui s'exerce sur les animaux destinés à alimenter les marchés, afin de reconnaître ceux qui sont propres ou impropres à être livrés à la consommation publique ;

3° D'avoir à solliciter M. le maire de ne confier ces fonctions délicates qu'à un artiste vétérinaire qui aura déjà donné publiquement des preuves de son savoir comme de sa probité.

Le conseil de salubrité a eu à s'occuper d'une question d'hygiène soumise à M. le préfet par M. le docteur Blondeau, médecin de la maison de détention de Cadillac ; il s'agissait de rechercher la cause des pneumonies chroniques dont sont atteintes un grand nombre de détenues. Le conseil a reconnu la justesse des vues de M. Blondeau, qui attribuait ces maladies graves à la viciation de l'air d'un atelier de tissage peu spacieux, par les exhalaisons de vingt-deux petites lampes sans fumivores ni appareils propres à consumer ou emporter la fumée. — Un meilleur système d'éclairage, la diminution de la durée du travail du soir, et l'usage de faire la prière dans l'atelier même, ce qui évitera à ces malheureuses le danger de traverser la cour pendant le froid ou le mauvais temps, en sortant brusquement de l'atmosphère chaude de la salle de travail, tels sont les moyens proposés au conseil par M. Chaumet, rapporteur de la commission chargée d'examiner les réclamations de M. Blondeau, comme propres à améliorer la santé des détenues.

Vers la fin de 1833 et le commencement de 1834, des cas nombreux de petite-vérole se montrèrent dans le département, et notamment à Bordeaux. Des individus vaccinés en furent atteints. Les doutes que ces faits exceptionnels jetèrent dans les esprits, au sujet de l'efficacité du virus vaccin, ne sont pas encore effacés. La petite-vérole aurait-elle été transmise avec le vaccin? La matière vaccinale avait-elle perdu de ses qualités ? Fallait-il le renouveler et le puiser de nouveau à sa source primitive ? Telles étaient les questions qui s'agitaient à cette époque dans le public et les académies.

M. le préfet crut de son devoir de faire faire à ce sujet une enquête dans le département. Il adressa au conseil une série de questions, qui furent transmises par celui-ci à tous ses correspondans cantonnaux.

On peut tirer de tous les rapports adressés en réponse les conclusions suivantes :

1° La petite-vérole a régné épidémiquement à Bordeaux et dans le département vers la fin de 1833 ; elle a été peu meurtrière, et n'a frappé de mort que les individus non-vaccinés.

2° Le sentiment le plus général sur les propriétés actuelles du virus-vaccin, est que ce virus a la même efficacité préservatrice que dès le principe de son application. — Cependant quelques-uns des correspondans croient qu'il a dégénéré, et qu'il faudrait le retremper à sa source primitive.

3° Le virus vaccin ne préserve pas de la varioloïde.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Exostose du fémur ; vaine tentative d'ablation à l'aide d'un nouveau procédé ; mort.

Un jeune homme, domestique, de bonne constitution, portait depuis plusieurs années une exostose du volume du poing à la partie interne et inférieure du fémur. Sa présence étant devenue incommode par la distension forcée qu'elle produisait aux muscles de cette région, a décidé le malade à se rendre à l'hôpital, et réclamer l'ablation de cette tumeur.

L'ostéocèle était placée au-dessous des muscles vaste interne, troisième adducteur, droit interne et couturier, à six travers de doigt au-dessus du condyle fémoral du même côté. Des vaisseaux importans par conséquent

devaient entourer la tumeur et exiger beaucoup d'attention de la part de l'opérateur.

Il n'était pas facile de dire, au premier coup d'œil, quelle était la nature de cette exostose, mais les antécédens de cette tumeur et ses apparences au toucher faisaient pourtant fortement présumer qu'il s'agissait d'une exostose épiphysaire passée à l'état de cimentation et peut-être aussi à la période d'éburnation ou de sursaturation calcaire, car le mal avait depuis long-temps cessé de faire des progrès.

La tumeur, en effet, ne reconnaissait, au dire du malade, d'autre cause qu'une simple contusion. Aucun virus, d'ailleurs ne pouvait être raisonnablement accusé dans le cas dont il s'agit. Or, nous savons aujourd'hui qu'il suffit d'une simple épiphlogose périostale, n'importe par quelle cause, pour que des dépositions de lymphe plastique aient lieu à la surface d'un os et qu'une exostose se forme. Cette exostose est simplement adaptée à l'os d'abord comme une véritable épiphyse, puis elle se cimente avec le parenchyme osseux et fait corps avec lui. De sorte que nous n'avons pas besoin de recourir à l'intervention d'une dyscrasie constitutionnelle pour expliquer la naissance de la tumeur du malade en question. Cette manière d'envisager les tumeurs dont il s'agit jette déjà, comme on le voit, une grande lumière sur la pathologie et sur la thérapeutique des exostoses.

L'opération ayant été décidée, on y a procédé de la manière suivante, en présence de M. Mott, chirurgien américain. Deux incisions parallèles entre elles et avec l'axe du membre, ont été pratiquées à la base de la tumeur.

Un fort bistouri a été ensuite plongé dans une de ces incisions et poussé directement vers l'autre incision dans le but de disséquer et de traverser cette espèce de pont de parties molles sans le diviser sur aucun autre point extérieur. L'opérateur se proposait par là de séparer la tumeur des parties molles qui la recouvraient, sans la mettre à découvert et sans faire en quelque sorte de lambeau. Il se proposait de passer ensuite par cette double fente une scie à chaînon, ou bien une lame d'une scie ordinaire démontée d'un côté de son arbre, et scier la tumeur en cachette pour ainsi dire.

Mais les difficultés qu'on a éprouvées dans l'exécution de ce projet ont été si grandes que le chirurgien s'est vu obligé d'y renoncer, de découvrir la tumeur en achevant le lambeau par une troisième incision, et de scier l'exostose d'après les procédés ordinaires connus. On conçoit déjà que cette tentative inutile n'a pas peu prolongé l'opération et les souffrances.

Le pansement n'a rien présenté de particulier. Les choses paraissaient d'abord aller bien, mais ensuite la suppuration est devenue si abondante, que des clapiers purulens se sont formés sur différens points et à des distances différentes dans la cuisse; plusieurs contre-ouvertures ont dû être pratiquées; en attendant, la résorption purulente est survenue, et le malade a succombé.

Nous ne pouvons pas, à la suite de cet événement malheureux, nous empêcher de demander à l'habile opérateur de l'Hôtel-Dieu, dans le seul intérêt de l'art :

1° Quel est l'avantage de ce mode opératoire dans une exostose placée presque au milieu de la surface du plus grand os du squelette? Est-ce peut-être pour produire par là une plaie moins grande que si on dénudait la tumeur par les procédés ordinaires? Nous ne le pensons pas, car il y a toujours la même étendue de chairs à diviser. Est-ce pour prévenir l'action irritante de l'air sur la plaie? Crainte mal fondée, car les irritations énormes qui résultent de ce procédé opératoire *à cache-cache*, sont cent fois plus à craindre. D'ailleurs, compte-t-on pour rien les dangers d'une pareille conduite, de s'exposer à blesser en aveugle des artères importantes ou d'autres parties qu'il faudrait ménager?

Nous savons bien cependant que M. Roux s'appuie, pour justifier une pareille conduite, sur un beau succès qu'il a obtenu il y a quelques années, à la Charité, sur un domestique qui portait une exostose, du volume d'une orange, sur la face deltoïdienne du col de l'humérus, et chez lequel ce même procédé lui permit d'enlever la tumeur sans exposer la région articulaire à l'action de l'air. Les incisions furent ici pratiquées l'une en avant et l'autre en dehors du moignon de l'épaule, et quoiqu'une portion de la cavité glénoide ait été enlevée par la scie avec l'exostose, quoique l'opération ait été excessivement longue et douloureuse, le malade guérit.

Mais aucune induction ne saurait être tirée de ce fait pour appliquer avec avantage le même procédé chez le malade de l'Hôtel-Dieu; sans vouloir proscrire entièrement ce mode opératoire, qui peut être utile dans quelques cas exceptionnels, nous pensons qu'on ne doit pas le suivre dans des cas analogues à celui du dernier opéré.

2° Pourquoi, après une opération aussi douloureuse et avec une plaie aussi étendue, n'a-t-on pas employé l'arrosement continu d'eau froide? N'était-ce pas là le seul remède qui aurait pu prévenir la trop grande réaction enflammatoire, et la suppuration consécutive énorme dont la résorption lente a fini par empoisonner l'organisme du malade? Il est vrai que ce médicament n'a pas été proposé et mis en vigueur par un chirurgien aristocrate, un pair de l'école; mais M. Roux sait bien que le progrès surgit maintenant de toute part, et que plus d'un de ces évêques de la science cache sous l'étole rouge son ignorance ou sa rétroactivité.

N° 125. — 26 OCTOBRE.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. GUERSENT.

Angine tonsillaire et gutturale très-intense, combattue avec succès par le sulfate acide d'alumine.

Nicolas Dupont, âgé de douze ans, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé,

n'étant point sujet, aux maux de gorge, après avoir été exposé à la pluie pendant une partie de la journée du 9 septembre, ressentit dans la soirée un frisson violent suivi de chaleur, de douleur de gorge et d'insomnie.

Le 10, vomissemens provoqués par l'ingestion d'une petite quantité d'alimens : persistance des autres symptômes : admission à l'hôpital le 12, quatrième jour de la maladie.

Etat actuel. Face rouge, amincie ; céphalalgie sus-orbitaire, peau chaude, moîte ; 116 pulsations : langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais ; bouche pâteuse, odeur fiévreuse de l'haleine, douleur de gorge, gêne de la déglutition, voix nasonnée. L'examen de l'arrière-bouche fait découvrir un gonflement considérable des amygdales et de la luette. Toutes ces parties sont rouges, et à leur surface, comme à celle du pharynx, se trouve une couche de mucosités que l'on peut enlever avec la pulpe des doigts. L'épigastre n'est le siége d'aucune douleur ; le reste du ventre est également indolent ; il y a constipation. La respiration n'est nullement gênée : l'auscultation et la percussion du thorax ne donnent que des signes négatifs. L'inflammation occupe à la fin le pharynx, les amygdales et le voile du palais ; elle est intense, mais dégagée de toute complication ; l'exhalation qui a lieu à la surface des parties enflammées n'est point de nature pseudo-membraneuse, ainsi qu'il est possible de s'en convaincre en promenant le doigt sur les amygdales. Ces mucosités s'enlèvent avec la plus grande facilité.

On prescrit immédiatement 24 grains d'ipécacuanha en deux paquets ; un gargarisme coupé avec décoction d'orge, 10 onces ; sulfate d'alumine, demi-gros ; sirop de mûres, 2 onces, et de la limonade.

Le 13, cinquième jour de la maladie, deux ou trois vomissemens et quelques selles jaunâtres ont eu lieu à la suite du vomitif. La face est toujours animée, la céphalalgie persiste, la déglutition est plus gênée que la veille, suivant le rapport du malade : la douleur de gorge est aussi prononcée ; la voix est plus profondément altérée ; une couche de mucosités filantes recouvre la langue, les amygdales et le voile du palais : le gonflement des tonsilles et de la luette est toujours aussi considérable ; la soif est vive. Le malade accuse une douleur épigastrique que la pression exaspère. Le pouls est élevé à 124 ; la peau est chaude ; douleur dans le trajet du larynx et de la trachée-artère ; 30 inspirations par minute ; accablement. On se borne à l'emploi du gargarisme et aux boissons rafraîchissantes.

Le 14, sixième jour de la maladie, le pouls est descendu à 96 ; la douleur épigastrique a disparu ; mais la rougeur et le gonflement de la gorge persistent.

M. Blache, chargé momentanément du service, croit apercevoir une plaque jaunâtre sur la partie postérieure du pharynx, qui lui paraît de nature pseudo-membraneuse, il la fait tomber avec le nitrate d'argent. On continue l'emploi du gargarisme, à part la dose de l'alun à 2 gros.

Le 15, septième jour, la voix est moins altérée : la douleur du larynx et de la trachée a disparu ; la déglutition est moins gênée, le gonflement de la luette et des amygdales est notablement diminué, leur surface n'offre plus aucune trace de mucosités ; le pouls donne 76 pulsations. Bouillon aux herbes ; potage.

Le 16, huitième jour, apparition d'une épistaxis et d'un herpès labialis, plus de gêne de la déglutition, amygdales presque réduites à leur volume normal ; la langue est dépouillée de son enduit, l'appétit se fait vivement sentir, l'épigastre est complétement indolent, ainsi que le reste du ventre. Le pouls donne 76 pulsations. On accorde des alimens solides.

Après deux jours de convalescence, le malade entièrement guéri retourne à ses occupations.

Guérison d'un hoquet violent par le développement de l'éternument, au moyen de la bétoine ; par le docteur Ducros jeune, D.-M., à Marseille.

Joseph Terrail, âgé de trente-six ans, fut atteint le 20 août dernier d'un choléra algide que je n'arrêtai que par l'emploi de la glace à haute dose, et par les lavemens astringens. Se trouvant guéri, à mon grand étonnement, d'un choléra au cinquième degré commençant, je me félicitai encore une fois des effets puissans de la glace pour réveiller la force systaltique des vaisseaux, et pour permettre la circulation interrompue du fluide sanguin, en introduisant dans le système circulatoire une quantité suffisante de principes aqueux qui peuvent remplacer la sérosité perdue par le débordement diarrhéique ; mais, comme il arrive assez souvent à la suite des choléras cyaniques et accompagnés d'abondantes selles, il survint après une réaction qui était franche, un hoquet presque continu extrêmement violent. Quoique ce hoquet ne me parût que fort naturel, et que je ne l'attribuasse, comme les crampes qui avaient déjà existé, qu'aux grandes évacuations, me fondant sur le principe d'Hippocrate :

Convulsio fit aut à repletione, aut ob evacuatione : sic etiam singultus.

Cependant le malade était tellement fatigué que je m'empressai d'employer successivement les divers agens thérapeutiques qui sont préconisés pour arrêter ce mouvement convulsif ; la tridace en pilules, en potion, e sulfate de quinine, le musc, le castoréum, le sirop d'éther, l'acide sulfurique associé avec l'eau de laitue, le vésicatoire sur le creux épigastrique, ne produisirent aucun bon effet. Ennuyé de voir depuis douze jours que Terrail ne pouvait avoir aucun instant de repos, j'exerçai mon esprit à chercher quelque autre moyen thérapeutique. Convaincu que le mécanisme du hoquet n'était dû, dans tous les cas, qu'au double mouvement instantané et très-court d'inspiration et d'expiration, j'eus l'idée qu'en suscitant l'éternument, état convulsif dans lequel il y a au contraire en même temps un grand

mouvement d'inspiration et d'expiration, je pourrais peut-être enrayer la respiration singultueuse, et faire entièrement cesser le hoquet. Nourri de cette idée, je fis renifler de la poudre de bétoine au malade, la poudre de tabac n'ayant produit aucun mouvement sternutatoire. Une heure après l'emploi de ce moyen, le hoquet disparut entièrement pour ne plus revenir.

Dans ses aphorismes, Hippocarte parle de l'avantage de susciter ce mouvement convulsif comme moyen propre à arrêter le hoquet : c'est ce qu'il exprime par l'axiôme suivant :

A singultu detento sternutationes supervenientes solvunt singultum.

NOTE SUR LE DÉVELOPPEMENT DU PLACENTA.

L'extrême rareté de pièces propres à l'étude des premiers produits de la conception dans l'espèce humaine, ajourne sans doute encore pour long-temps la solution définitive de plusieurs des questions qui partagent aujourd'hui les embryologistes. Aussi ne sont-ce pas elles que j'ai l'intention d'aborder, mais seulement quelques points tenant à l'histoire du placenta, sur lesquels il me semble possible, dans l'état actuel de la science, de porter un jugement arrêté.

Suivant M. Moreau, l'œuf humain se recouvrirait du placenta sur toute sa périphérie si la membrane caduque n'en arrêtait le développement partout où elle le recouvre, et n'en limitait la formation à la seule portion qu'elle laisse à découvert. (Essai sur la diposition de la membrane caduque, sa formation, ses usages, décembre, 1814.)

La preuve qu'une tout autre cause met des limites au développement du placenta, se trouve dans l'observation des grossesses extrà-utérines, où, malgré l'absence de caduque, le premier de ces organes n'occupe qu'une portion de la surface de l'œuf. S'il présente alors d'assez notables différences dans son organisation, cela tient à la faible vascularité des parties auxquelles il adhère. On ne saurait non plus, ce me semble, s'empêcher de reconnaître l'exactitude des assertions suivantes.

Au moment de la maturité, et lors de la fécondation de l'ovule, sa partie proéminente est saisie la première par le pavillon de la trompe; sa partie opposée, le pédicule fraîchement rompu, au moyen duquel il avait jusque là tenu à l'ovaire, en avait reçu sa nourriture, et s'était développé à la manière des fruits, restant tournée en arrière. Pendant son long trajet à travers la trompe, lequel, au dire des observateurs, dure au moins huit ou dix jours, chez la femme, le produit de la conception file, on le voit, avec lenteur dans un étroit canal, ce qui le maintient toujours dans ses premiers rapports. Quand enfin l'ovule arrive dans l'utérus, il rencontre devant lui la membrane caduque qui prévient sa chute, et dont il se coiffe en même temps que son pédicule tourné vers les parois utérines s'y attache incontinent. Son adhérence trace ainsi les limites du cercle à la circonférence duquel se réfléchit la membrane caduque, au lieu d'être limitée par le point de réflexion de cette membrane.

L'insertion habituelle du placenta sur une surface assez circonscrite de l'utérus, ne permet pas de douter de la réalité des conditions d'après lesquelles nous venons d'expliquer le transport et la fixation de l'ovule. Il s'ensuit que dès l'origine tout est préparé pour amener le lieu où doit s'attacher le placenta, et par conséquent aussi celui où doit se rendre le cordon ombilical. Et comme là se trouve une des causes les plus capables d'exercer une grande influence sur les positions que doit prendre le fœtus jusqu'aux dernières phases de son développement, on reste convaincu que plusieurs des phénomènes qui seront surtout remarqués pendant la parturition, ont déjà été préparés par la manière dont l'ovule est saisie par la trompe, traverse ce conduit, arrive dans l'utérus et se fixe contre ses parois.

Rochoux.

N° 126. — 22 Octobre.

Discordes homœopathiques.

Ainsi que nous l'avions prévu, la discorde menace de s'introduire dans le camp de la médecine homœopathique, et déjà quelques disciples dont les recettes ont singulièrement baissé depuis l'arrivée en France du grand prêtre de la doctrine, déclament contre le charlatanisme, comme s'ils avaient le droit de se plaindre de ce qu'ils sont punis par où ils ont péché.

Est-ce la faute d'Hahnemann, si l'homœopathie baissait en Allemagne depuis le concert d'approbation qu'avait reçu certain pharmacien homœopathe de Vienne, dont l'élève avait fait erreur, et au lieu de tremper le sucre de lait dans la dilution arsénicale ou autre au dix-billionième, ne l'avait trempé dans aucun dilnant? S'il s'en était suivi que l'activité du médicament avait doublé et que jamais dilution infinitésimale n'avait agi avec cette supériorité? Heureux pharmacien dont les élèves errent à son plus grand profit et que les tribunaux n'appellent pas pour réparer la sottise!

Quoi qu'il en soit, le grand-prêtre, pénétré de sa juste valeur, met à haut prix sa signature; le riche paie pour le pauvre, comme le disent les adeptes, et la jeune et belle épouse ne peut suffire à écrire sous la dictée les prescriptions du nouvel Hippocrate.

D'un autre côté, le dispensaire homœopathique du cul-de-sac, ou comme le dirait plus décemment Voltaire, de l'impasse de la rue du Paon, prospère: les consultations y pleuvent, les cures s'y multiplient, les recettes vont bien sans doute.

Pourquoi donc ce ridicule mécontentement de certains apôtres, pourquoi ces sourdes clameurs contre le grand homme, ces menaces incompréhensibles de désertion? Quoi; la crédulité publique a suffi pour ali-

menter de tout temps les exploitans? Quoi la moutarde blanche, la drogue-Leroi et mille autres recettes à tous maux ont enrichi leurs auteurs, et de maladroits homœopathes douteraient de leur fortune, eux qui ont à leur disposition une cinquantaine de volumes in-8°, une doctrine complète et l'Hippocrate germain!

En vérité, il y a là de la déraison: à moins que ces messieurs n'accusent M. Guizot d'avoir voulu leur faire niche en autorisant le maître à *exercer* à Paris?

Hâtez-vous, Hahnemann, de faire taire ces dissentions; jetez quelques bribes aux mécontens, ou craignez qu'une prompte éclipse ne vienne jeter de l'ombre sur votre renommée si pure et si belle!!!

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

De l'Extirpation du globe de l'œil.

Boyer demandait un jour au célèbre Baudeloque si, étant auprès des femmes en couche, il se rappelait exactement toutes les positions du fœtus qu'il avait établies et surtout si ces manœuvres étaient aussi circonstanciées qu'il le prescrivait dans son ouvrage. Le célèbre accoucheur répondit qu'au lit des malades *il faisait comme il pouvait!*

Depuis Louis, qui le premier posa des règles bien raisonnées pour le manuel de l'extirpation de l'œil (Mém. de l'Académie de Chirurgie, t. XIII), les auteurs qui ont écrit sur cette matière se sont tous attachés à déterminer d'une manière invariable les manœuvres de cette opération.

On a établi qu'il faut diviser la conjonctive et le muscle petit oblique, puis le muscle grand oblique entre son attache oculaire et la trochlée, puis enfin couper le nerf optique ou le pédoncule de la tumeur, etc.; mais on n'a pas réfléchi que ces règles n'étaient exactement exécutables que sur le cadavre; car dans le plus grand nombre des cas qui réclament cette opération chez le vivant, les tissus normaux rétro-oculaires sont tellement confondus avec le mal ou résorbés, qu'il est impossible de suivre littéralement ces préceptes. Aussi ai-je vu des grands maîtres de l'art faire comme ils pouvaient quand il s'agissait de l'exécution de l'opération en question.

Je ne veux point dire par-là qu'il ne faille pas suivre de règles dans l'extirpation de l'œil. Je prétends seulement que ces règles doivent varier suivant les circonstances de la maladie. Or, ce sont ces circonstances qu'il faut surtout déterminer. Mais jetons d'abord un coup-d'œil sur la disposition anatomique de certaines parties de la fosse orbitaire dont les rapports ne peuvent pas changer sensiblement par l'action de la maladie.

§ Ier. *Remarques anatomiques.*

Si l'on mesure l'espace qui existe entre le trou optique et les angles que la base quadrilatère de l'orbite présente, l'on verra que le plus court de ces espaces est celui qui répond à l'angle sourcilier interne; qu'en seconde ligne vient celui qui répond à la caroncule; qu'en troisième lieu est celui qui se mesure de l'angle sourcilier externe; et qu'enfin c'est le diamètre ophthalmo-zygomatique, ou celui qui répond à l'angle externe inférieur de l'orbite, qui est le plus long de tous. Cela se conçoit quand on se rappelle que le trou optique est excentriquement placé vers le côté interne et supérieur du sommet du cône orbitaire.

De là résulte que l'instrument qu'on porte dans l'orbite pour couper le nerf oculaire, aura un moindre espace à parcourir en suivant la paroi interne ou supérieure qu'en suivant les autres parois de la même région.

La fente sphénoïde est placée, comme on sait, au fond et sur le bord supérieur du plan externe de l'orbite. Son extrémité postérieure répond exactement à l'axe longitudinal de cette cavité. Un instrument pointu qui serait dirigé parallèlement à la paroi temporale de la fosse orbitaire, ou bien parallèlement à l'axe de l'orbite, pourrait par conséquent franchir ladite fente, entrer dans le crâne, et blesser le lobe antérieur du cerveau. Cet instrument y entrerait plus difficilement s'il était dirigé par la paroi, soit interne, soit inférieure; mais il n'y entrerait qu'avec beaucoup de difficulté si on le dirigeait suivant le plan et la paroi supérieure de l'orbite, qui est concave.

De là suit qu'en pratiquant l'extirpation de l'œil d'après le procédé de Dupuytren, que nous décrirons tout à l'heure, on est beaucoup moins exposé à encourir le risque dont il est question, qu'en suivant les autres procédés.

La fente sphéno-maxillaire, ou orbitaire inférieure, est placée sur le plancher de l'orbite parallèlement à l'axe ophthalmo-zygomatique. Elle peut être assez facilement franchie par un bistouri qui serait dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, par la paroi externe de cette cavité. Cela arrive très-difficilement pourtant en suivant la direction des trois autres parois de cette région.

La fente en question aboutit dans la fosse zygomatique, et met en communication le périoste de la base du crâne avec la portion de la dure-mère qui tapisse la pyramide orbitaire.

On conçoit par là pourquoi après l'extirpation de l'œil, on a quelquefois un abcès à ouvrir dans la fosse zygomatico-temporale par la propagation de la phlogose orbitaire à travers la fente que nous venons d'indiquer.

La paroi interne de l'orbite n'est formée comme l'on sait que par l'ethmoïde, dans ses quatre cinquièmes moyens. L'unguis en avant et le sphénoïde en arrière n'occupent qu'un très-petit espace dans cette paroi. Or, attendu la fragilité connue de l'ethmoïde, l'on prévoit déjà qu'il ne serait pas impossible que ce côté de l'orbite fût fracturé pendant l'extirpation de l'œil si l'opérateur poussait avec peu de ménagement le bistouri de ce côté. Il est même probable que cet accident a pu ar-

river plus d'une fois à l'insu du chirurgien. Une brèche sur ce point pourrait mettre par conséquent l'orbite en communication, soit avec la fosse nasale, soit avec le sinus maxillaire.

Le périoste orbitaire mérite d'une manière particulière l'attention du praticien dans l'opération dont il s'agit. Nous avons déjà eu l'occasion de faire remarquer que ce périoste est une continuation de la dure-mère cérébrale qui s'y porte par la fente sphénoïdale et par le trou optique ; nous avons aussi fait observer quelles conséquences graves peuvent résulter quelquefois des blessures de cette membrane. Les phlogoses de ce périoste en effet, se transmettent assez facilement dans l'intérieur du crâne ; elles donnent lieu souvent à des accidens encéphaliques. (V. nos Leçons sur les lésions traumatiques de la région oculaire.)

Aussi n'est-ce pas sans raison que nous appelons l'attention de l'opérateur sur cette circonstance, afin qu'il ne blesse pas sans nécessité le périoste de l'orbite pendant l'ablation du contenu de cette cavité. Ce que nous venons d'avancer à cet égard n'est pas une supposition gratuite, car Travers a vu la mort suivre l'extirpation de l'œil chez un jeune paysan par suite d'un abcès qui s'est formé dans la portion de la dure-mère qui revêt la face convexe ou encéphalique de l'orbite. (Synopsis, etc. ; p. 315.)

La glande lacrymale a aussi attiré l'attention des chirurgiens dans cette opération. Presque tous s'accordent à dire à cet égard que la glande en question doit être toujours enlevée, qu'elle soit saine ou malade.

Si la glande est malade, ce qui est assez rare, aucun doute ne saurait exister sur son ablation conjointement aux autres tissus de l'orbite. Mais si elle est saine, je ne partage pas l'opinion reçue à ce sujet ; je pense que dans ce cas la glande lacrymale doit être respectée. Voici sur quoi je me fonde.

L'extirpation de la glande lacrymale est inutile lorsqu'elle n'est pas malade, car elle s'atrophie constamment dans l'orbite après l'ablation de l'œil, par des raisons faciles à prévoir. Sur six malades que je vis opérer de l'extirpation de l'œil, trois par Dupuytren et trois par M. Roux, la glande lacrymale a été respectée, la guérison a eu lieu sans larmoiement consécutif. Chez un de ces malades le cancer orbitaire ayant récidivé six mois après, j'ai pu constater après la mort que cette glande s'était singulièrement ratatinée, et avait acquis des adhérences extrêmement fortes avec le périoste de l'orbite, de sorte qu'on ne pouvait pas l'en détacher sans arracher le même périoste, et par conséquent sans dénuder une partie de la voûte orbitaire. M. le professeur Cloquet m'a assuré qu'il partageait si bien mon opinion à cet égard qu'il n'avait jamais songé à enlever ce corps dans l'extirpation de l'œil. Je présume que ces adhérences de la glande lacrymale au périoste orbitaire, existent toujours lorsque la maladie a été précédée ou accompagnée d'un certain degré de phlogose de la capsule de cette glande. Ainsi donc, d'un côté, la conduite que je prescris abrège et simplifie l'opération, de l'autre elle évite l'inconvénient de blesser, de déchirer le périoste orbitaire et de dénuder peut-être aussi les os de la voûte de ce nom.

Ce qui avait fait établir en principe l'enlèvement de la glande lacrymale dans tous les cas de l'extirpation de l'œil, c'était la crainte mal fondée d'un larmoiement consécutif. Mais outre que les faits que je viens de citer démentent formellement cette opinion, il n'est pas difficile de démontrer théoriquement que cette idée est entièrement fausse. Nous reviendrons sur ce dernier point à l'occasion des maladies des organes lacrymaux.

Les artères de l'orbite sont en très-grand nombre. Elles sont fournies, ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs, par la carotide interne qui donne naissance à l'ophthalmique, par la sphéno-maxillaire, et par les artères palpébrales qui, au nombre de cinq ou six, pénètrent et s'anastomosent en différens sens avec les rameaux de l'ophthalmique.

Ces artères sont quelquefois dilatées morbidement dans les cas dont il s'agit, et donnent beaucoup de sang au moment de l'opération. Mais ce sang n'est ici nullement à craindre, attendu que la seule compression à l'aide du tamponnement suffit pour l'arrêter. Une fois cependant, j'ai vu M. Roux saisir le tronc de l'ophthalmique avec des pinces et le lier, ce qui a été assez pénible ; mais il n'est pas prouvé pour moi que dans ce cas le tamponnement eût été insuffisant.

Wardrop a avancé que dans tous les cas d'extirpation de l'œil on devrait ménager avec soin le rameau principal de l'ophthalmique qui côtoie la paroi interne de l'orbite, sort de cette cavité pour s'anastomoser avec celui du côté opposé, et se distribuer à la peau de la racine du nez. (Wardrop, On fungus hœmatodes, Edimb. 1089, p. 95.)

Cette précaution cependant ne me paraît pas d'une grande importance. En supposant même que cette artère fût laissée intègre, il est fort douteux que le tamponnement exigé par les pansemens et la phlogose suppurative qui en résulte puissent empêcher son oblitération. D'ailleurs, quel inconvénient peut-il résulter de l'oblitération de cette artère? Aucun.

(*La suite à un prochain numéro.*)

N° 127. — 24 Octobre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Bouillaud, professeur.

Observation d'un anévrisme du cœur, suivie de réflexions sur ce genre de maladie ; par le docteur Raciborski.

Le 5 octobre 1835, est entrée à la Charité, au n° 11 de la salle Sainte-Madeleine, une femme nommée Thérèse Fœdrer, âgée de 48 ans, confectionneuse de bonnets ; elle a eu quatorze enfans, et a commencé à être réglée à l'âge de 14 ans.

Elle dit avoir eu une santé presque parfaite jusqu'à l'âge de 33 ans, époque à laquelle elle a ressenti des

douleurs rhumatismales. Il y a deux ans, elle fut prise de toux violente et de palpitations. C'est alors qu'elle eut recours à un médecin, qui lui fit faire une saignée et appliquer des sangsues sur différens points du corps. Ce n'est que d'un an qu'elle fait dater le mal qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. A cette époque elle eut de fréquentes palpitations; puis elle vit apparaître, dans la région du cœur, une tumeur d'abord à peine saillante, mais qui depuis a toujours grossi progressivement.

Aujourd'hui cette tumeur a le volume d'un œuf d'oie: sa direction est oblique, analogue à celle du cœur. Sa partie supérieure, plus grosse, s'élève jusques vers la deuxième côte, et l'intérieur descend un peu au-dessous du sein. En dedans elle est limitée par le sternum, en dehors par le mamelon: elle a trois pouces verticalement, et deux transversalement: elle est partagée au milieu par un resserrement, et se trouve le siége de mouvemens de systole et de diastole. La main appliquée dessus éprouve un mouvement vibratoire. La peau qui recouvre la tumeur n'a rien perdu de sa coloration normale. La pointe du cœur est sentie à un pouce au-dessous de la tumeur, dans le cinquième espace intercostal. L'oreille perçoit nettement un double bruit de râpe. La percussion donne le son clair dans toute l'étendue de la tumeur. Les veines jugulaires ne sont pas dilatées, et ne présentent pas le pouls veineux.

La malade sent des battemens dans la tête et les carotides. Les bruits du cœur s'entendent en arrière de la poitrine. La résonnance est bonne dans tous les points qui correspondent aux poumons.

La peau présente une teinte pâle-jaunâtre. Les digestions sont faciles. Point de dévoiement; pas de toux; absence d'infiltrations; 108 pulsations; pouls développé, vingt inspirations par minute. Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger: limonade citrique; potion gommeuse avec 6 grains de digitale et 8 grains de thridace. Régime maigre.

Les anévrismes du cœur, lorsqu'on prend ce mot dans sa véritable acception, sont des cas très-rares de l'anatomie pathologique.

Corvisart ne connaissait qu'un seul cas, qu'il a observé lui-même, et qu'il regardait comme unique dans la science, quoique bien avant lui, Walter, Mathieu, Baillet et Zaunieri aient observé chacun un cas pareil.

M. Breschet, dans son mémoire sur l'anévrisme faux consécutif du cœur, en a cité d'autres.

Plus récemment encore, on en a publié trois autres dans les recueils publics. Tous ces cas se trouvent rassemblés dans l'excellent Traité (1) des maladies du cœur, de M. Bouillaud. Dernièrement nous avons lu, dans le quarante-unième numéro de la Gazette médicale, la description de deux cas assez curieux de ce genre. Et, ce qui est assez remarquable, c'est que dans ces deux cas, les poches anévrismales avaient leur siége dans l'anneau fibreux qui entoure la base du cœur, ce qui est un argument de plus contre l'opinion de M. Breschet sur la prédilection de ces tumeurs pour la partie antérieure du cœur.

Quoique tous ces faits soient très-rares et très-curieux, le cas que nous venons de rapporter présente sans doute encore plus d'intérêt.

La tumeur que nous avons décrite ne peut appartenir qu'au cœur; car si même elle avait pris primitivement naissance dans la partie la plus intérieure de l'aorte, ce qui serait encore possible, le cœur ne pourrait pas rester sans participer à son développement; et cette opinion est corroborée par la position de la tumeur, le double mouvement de dilatation et de resserrement correspondant à la systole et à la diastole du cœur, le double bruit de râpe; tandis que d'après les faits observés par M. Bouillaud, il devrait être simple si la tumeur appartenait à l'aorte. Mais ce qui rend ce cas unique dans son genre, c'est l'usure des cartilages et des côtes et la saillie de la tumeur en dehors; en un mot la marche, qui est tout-à-fait celle des anévrismes des gros troncs artériels.

C'est sans doute à cette position superficielle de la tumeur, qu'il faut attribuer la facilité du diagnostic. Que deviendra cette tumeur? D'après la marche qu'elle a suivie jusqu'à présent, il faudrait craindre un développement plus considérable, qui donnerait lieu probablement à une gêne très-grande de la respiration, de la circulation et aux hydropisies consécutives. Peut-être à cette crainte se joindrait celle de la rupture du sac, et la mort s'ensuivrait immédiatement.

Tous les moyens à employer pour prévenir ce fâcheux accident, doivent tendre à faciliter la coagulation de la fibrine dans l'intérieur de la poche, afin de l'obstruer plus ou moins complétement.

Les cas de ce genre de guérison ont été observés par les auteurs dans les grosses artères. La digitale, en ralentissant la circulation, pourrait certes remplir en partie cette indication, mais il faudrait seconder ses efforts salutaires par l'éloignement de toutes les influences morales ou physiques qui pourraient accélérer la circulation. La glace appliquée sur la tumeur, ou le fer rouge, comme quelques-uns l'ont proposé pour les artères, pourraient-ils faire espérer les mêmes succès? C'est à quoi nous ne saurions répondre par des faits. Nous pensons cependant que cette méthode, et principalement la dernière, pourrait ne pas être sans danger pour les organes respiratoires.

Trouvera-t-on quelques chances de meilleur succès dans un bandage compressif? Il est vrai que par une compression douce et méthodique, en produisant l'induration des parties voisines de la tumeur, on ajouterait quelque force à la barrière qui s'oppose à sa rupture: mais d'un autre côté, on s'exposerait, par ce retardement, à blesser la tumeur par les extrémités des côtes.

En un mot, quoique de tous ces moyens on puisse tirer quelques avantages, leur emploi exige beaucoup

(1) Traité clinique des maladies du cœur, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe. — Chez J.-B. Baillière. 1835.

de prudence. La guérison est très-peu probable.

Nous continuerons à observer cette maladie, et nous publierons la suite de nos observations.

N° 128.—27 OCTOBRE.

Leçon de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire sur l'albinisme et le mélanisme.

(Analyse par M. VICTOR MEUNIER.)

Les anomalies par diminution de couleurs sont l'albinisme, soit parfait, partiel ou imparfait.

L'albinisme parfait consiste dans la décoloration complète de la peau, et conséquemment de certains autres organes : ainsi, chez les individus affectés de cette espèce d'anomalie, l'iris est ordinairement presque incolore et quelquefois d'un rouge transparent : la pupille est souvent d'un rouge très-intense, et la choroïde est tout-à-fait décolorée.

Cette influence de la décoloration du pigmentum s'exerçant également sur la peau et sur l'organe de la vision, vient, comme on le voit, à l'appui de l'hypothèse soulevée par les naturalistes allemands, et défendue par M. de Blainville, qui admet une liaison entre la peau et les organes sensitifs.

Les albinos (ou ceux qui sont affectés d'albinisme) ont constamment le tempérament très-lymphatique, ce qui pouvait être prévu à l'avance, puisque nous savons que ce tempérament coïncide toujours avec la couleur la moins foncée. Ainsi, les personnes blondes le sont toujours plus ou moins. On conçoit que les modifications que subit l'œil de l'albinos exercent sur son genre de vie une immense influence : par suite de la transparence de l'iris, un plus grand nombre de rayons lumineux entrant dans la cavité oculaire et venant frapper la rétine, il ne peut supporter une lumière très-vive, et peut alors être assimilé aux animaux nocturnes qui ont l'iris percé au centre de la rétine; ils ne voient que difficilement au grand jour, leurs yeux sont presque entièrement fermés, ils clignotent sans cesse, de manière à faire croire que le muscle de la paupière supérieure est sans aucune puissance ; ce n'est que la nuit ou au crépuscule qu'ils peuvent voir sans être gênés par leur organisation ; alors, et comme les animaux nocturnes, la plus grande quantité de lumière qu'ils reçoivent compense sa moindre intensité.

Ils se font aussi remarquer par le peu de développement de leurs facultés intellectuelles et par leur impuissance : cela a lieu au moins pour les hommes.

Toutes ces particularités ont depuis long-temps déjà attiré l'attention sur ces êtres malheureux ; mais, selon les pays dans lesquels il se sont trouvés, les traitemens qu'ils ont éprouvés ont été bien différens ; ainsi, certaines peuplades d'Afrique les repoussent inhumainement, les maltraitent même; dans d'autres tribus la superstition a produit un effet tout contraire : là, considérés comme des dieux, ils sont respectés, vénérés de tous, et vivent dans la splendeur. La constance avec laquelle, dans certaines régions, ils sont repoussés par les Nègres, explique l'erreur que plusieurs auteurs, et Buffon lui-même, ont commise en décrivant les albinos comme formant une race à part. On comprend parfaitement en effet que ces êtres malheureux, en butte dans certaines contrées à une active persécution, se recherchent les uns les autres pour suppléer par leur réunion à leur faiblesse individuelle.

Les femmes albines sont moins fécondes que les autres, mais elles ne sont pas impuissantes; leurs enfans sont tantôt normaux, tantôt affectés d'albinisme. On pensait d'abord que le croisement d'une femme albine et d'un nègre devait donner pour produit un individu varié de noir et de blanc, mais il n'en est pas ainsi, et l'observation constate ce principe établi par M. Geoffroy Saint-Hilaire sur des faits nombreux et concluans, à savoir : que le produit du croisement de deux êtres différens et normaux, d'un nègre et d'un blanc, par hypothèse, est un produit constant et intermédiaire entre les deux sujets, un mulâtre dans l'exemple choisi ; que le produit de l'accouplement de deux êtres presque entièrement semblables est au contraire variable, que tantôt il reproduit les formes du père, tantôt celle de la mère. Cette loi est aussi applicable aux albinos, et surtout aux animaux domestiques.

L'albinisme partiel est ce cas où un individu n'est affecté d'albinisme qu'en différens points de la surface de son corps ; ainsi, dans la race nègre (et c'est là que ces cas d'anomalies sont le plus frappans) nous voyons des individus marqués de taches d'un blanc blafard parfaitement pur, plus ou moins étendues, de sorte que, selon les dimensions de ces taches, ils paraissent d'un fond noir semé de blanc ou l'inverse. Si la tache albine a peu d'étendue, l'individu qui en est affecté n'en est que peu modifié dans ses conditions d'existence ; si au contraire elle a beaucoup d'étendue, alors nous rentrons dans la règle que nous venons de poser.

On entend par albinisme imparfait le cas où la couleur d'un individu n'est que légèrement modifiée ; ainsi, celui où un nègre est jaune ou rougeâtre, etc.

Au reste, quel que soit le degré d'albinisme dont un individu soit affecté, celui qui présente ce genre d'anomalie garde constamment les caractères de forme de sa race.

Les anomalies par augmentation de couleur constituent le mélanisme. Ce genre d'anomalies se rencontre plus rarement chez l'homme que le précédent ; on ne l'a jamais, en effet, observé d'une manière bien positive dans la race humaine ; parmi les animaux, au contraire, on en a des cas très-fréquens.

On doit se méfier des assertions des auteurs à l'égard du mélanisme humain aussi bien que pour ce qui concerne l'albinisme ; cette anomalie a en effet donné lieu à un grand nombre de récits mensongers. Ainsi un anatomiste du dix-septième siècle raconte que le feu ayant pris dans une maison, une femme qui en fut tirée à moitié brûlée, donna peu d'instans après naissance à un enfant complètement noir.

Hippocrate raconte qu'une femme de haut parage accoucha d'un enfant mulâtre. Consulté sur la cause

d'un fait qui parut à tout le monde si extraordinaire; il déclara qu'il pensait que cela devait être attribué à l'impression que pouvait avoir produite sur cette dame, pendant sa grossesse, un tableau représentant des Nègres, qu'elle avait dans sa chambre. Il est au moins probable que ce n'est que pour sauver l'honneur de la dame qu'Hippocrate fit une telle assertion.

Le mélanisme partiel est au contraire très-commun, mais il a été fort peu étudié. C'est cette anomalie qui constitue ce que l'on a appelé les envies (*nævus maternus*). On en distingue deux genres importans :

1° Les taches sanguines résultant non d'un dépôt de matière colorante, ce qui constitue le mélanisme, mais de l'hypertrophie du système vasculaire dans certaines régions de la peau;

2° Les taches mélaniennes, qui ne sont autre chose qu'un dépôt de la matière colorante.

Ces taches varient de couleur, elle sont noires, jaunes, quelquefois rouge cuivré.

Selon qu'une tache est sanguine ou mélanienne, on conçoit que l'office du médecin doit être différent; dans le premier cas la guérison est possible, quelquefois même elle à lieu spontanément; les taches mélaniennes sont, au contraire, pour ainsi dire indélébiles; aussi sont-elles considérées en médecine légale, comme un très-bon caractère pour constater l'identité des personnes.

On reconnaît les taches mélaniennes à différens caractères : à leur couleur, à ce qu'elles ne font pas saillie à la surface de la peau, à moins qu'elles ne soient modifiées dans leur structure; à leur invariabilité de ton, tandis que les taches sanguines, au contraire, varient suivant l'affluence du sang produite par les différentes émotions de l'âme.

Il se peut que dans certains cas des individus présentent des taches mélano-sanguines.

On a pendant bien long-temps attribué les taches mélaniennes ou sanguines à l'imagination des mères (*nævus maternus*); c'est là un préjugé bien ancien dans les sciences médicales, et qui eut autant d'empire sur l'esprit des savans que sur les gens du peuple; certains faits d'ailleurs semblaient lui donner quelque fondement

On conçoit bien en effet que, selon les différentes saisons, les taches qui proviennent de l'hypertrophie des vaisseaux sanguins doivent se développer plus ou moins. Dans le printemps, où toute la nature revient pour ainsi dire à la vie, la circulation aussi devient plus active; d'où il suit que pendant cette saison les taches sanguines devront être plus fréquentes que pendant toute autre, et si pendant sa grossesse, la mère, n'ayant pu satisfaire une envie, se persuade, confiante dans le préjugé, que son enfant devra avoir sur quelque partie du corps une représentation de l'objet qui a excité ses désirs, on conçoit parfaitement alors que dans le cas où, par une cause bien naturelle d'ailleurs, cet enfant sera en effet affecté d'une tache sanguine, ou quelquefois mélanienne, l'imagination frappée de la mère y trouvera facilement la confirmation d'une idée préconçue. (*Echo du Monde Savant.*)

N° 129. — 29 OCTOBRE

Sirop anti-dartreux suivant la formule du docteur Berthomé.

Toutes les plantes et racines doivent être en poudre.

Gayac, 2 livres; sassafras, 2 livres; salsepareille, 4 livres; squine, 3 livres; ménupliar, 1 livre; rhubarbe exotique, 1 livre 1/2; santoline, 6 livres, bi-carbonate de soude, 2 livres; mais que l'on ajoute dans le sirop qu'après la cuisson.

Faire bouillir les plantes et racines pendant long-temps à feu doux, dans 80 livres d'eau; il faut que par l'ébullition la perte du liquide ait été telle, qu'il n'en reste plus que 15 à 20 livres en pressurant le tout fortement. Ajouter sucre très-commun ou même de la mélasse, 80 livres à 42° de sirop, remettre le tout sur le feu, en ajoutant 60 blancs d'œufs battus pour obtenir autant que possible une clarification; faire bouillir un instant; passer de nouveau, ensuite replacer sur le feu, faire bouillir jusqu'à consistance de 37° de sirop, laisser refroidir; mettre en bouteilles, en faire prendre au malade 3 cuillerées par jour, une dans chaque tasse de tisane faite avec 1 litre d'eau; 2 onces de racine de patience et 2 gros de douce-amère; en continuer l'usage jusqu'à parfaite guérison.

Pommade anti-dartreuse de la composition du docteur Berthomé.

Laudanum de Rousseau, 2 à 3 gros; sulfate de quinine, 1/2 gros; acide acétique, de 1 once à 2. Cet acide est préparé comme suit : digitale pourprée en poudre, 1 liv. 1/2; ménuphar en poudre, 1 liv. 1/2; acide acétique, 12 livres. Laisser infuser sur un feu doux et continuel pendant vingt-quatre heures, en ayant soin de bien battre le tout ensemble très fréquemment; laisser le tout dans un vase de terre dans lequel on a fait infuser, pour ne le retirer qu'après 30 ou 40 jours, à la suite duquel temps il faut mettre sous presse pour en retirer le liquide. Il faut ajouter aux précédens médicamens : extrait de saturne, 2 onces; huile d'olive, première qualité, 2 onces; essence de romarin ou de gérofle, 2 gros.

Bien battre le tout ensemble pendant long-temps et à plusieurs fois. Ces dernières substances ne sont utiles que pour corriger l'odeur désagréable. Dans le traitement des dartres suppurantes il faut ajouter à la composition, le sulfate de quinine à la dose de 2 ou 3 gros; limaille de fer porphyrisée, 1 once. Etendre l'une ou l'autre de ces compositions deux fois par jour sur les parties malades.

N° 130. — 31 OCTOBRE.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Service de M. CIVIALE.

Quand il s'agit d'une méthode de traitement qui, malgré ses avantages proclamés par de nombreux succès, est cependant encore chaque jour mise en discus-

sion, il devient nécessaire de publier de nouveaux faits. Ce sont les meilleurs argumens que l'on puisse employer pour répondre aux attaques dirigées contre la lithotritie, et pour éclairer les esprits qui ne sont pas encore convaincus de sa supériorité sur la cystotomie.

Nous avons déjà rendu compte, dans ce journal, de plusieurs opérations pratiquées, cette année, par M. Civiale, tant en ville qu'à l'hôpital Necker; nous y ajouterons les observations suivantes, dont les sujets ont offert des conditions différentes tant sous le rapport de l'âge et de la constitution que sous celui du volume de la pierre et des desordres, soit locaux, soit généraux, que sa présence avait pu déterminer.

Premier fait. — 66 *ans; calcul vésical de la grosseur d'une noix; excessive irritabilité du malade; organes profondément altérés; catarrhe vésical purulent; urines ammoniacales; catarrhe pulmonaire chronique; hernie inguinale double; traitement et guérison par la lithotritie après douze séances de courte durée.*

M. Décrabière d'Alby, âgé de 66 ans, ancien sécrétaire-général de la préfecture du Tarn, d'une constitution très-irritable et épuisée par de longues et cruelles souffrances, éprouvait des douleurs rénales et avait rendu fréquemment des graviers depuis l'année 1835.

Depuis 1832, il offrait la plupart des symptômes qui dénotent la présence d'un corps étranger dans la vessie. Il fut sondé à diverses reprises; on ne rencontra pas de calcul. Cependant son état s'agravait chaque jour; fatigué de l'impuissance des moyens mis en usage pour améliorer sa position, il se décida à venir à Paris; il y arriva à la fin de décembre 1834. Ce voyage l'avait mis dans un état tellement grave que M. Civiale jugea convenable de le laisser reposer pendant quelques jours avant d'explorer la vessie. Le chirurgien put alors s'assurer par le cathétérisme que ce viscère renfermait un calcul de moyenne grosseur.

Le malade était d'une sensibilité excessive; la vessie ne se débarrassait qu'incomplètement de l'urine qu'elle contenait; les besoins de rendre ce liquide se faisaient sentir à chaque instant et étaient une occasion de douleurs vives; les urines, fortement ammoniacales, déposaient d'abondantes mucosités purulentes; la prostate était tuméfiée; un catarrhe pulmonaire chronique tourmentait le malade; qui, pour surcroît de misère, portait une double hernie inguinale; les fonctions digestives étaient notablement altérées; un petit mouvement fébrile s'observait fréquemment dans la soirée.

C'est dans de pareilles conditions que M. Decabrière se présenta à M. Civiale, réclamant les secours de la nouvelle méthode, déterminé à conserver sa pierre plutôt que de se soumettre à l'opération de la taille.

Après un traitement médical convenable, l'état général du malade s'améliora et put faire tenter le broiement du calcul. On avait cependant à redouter le mauvais état des organes urinaires et la vive irritabilité que rien ne put calmer, pas même le magnétisme, auquel M. Décabrière eut recours. Mais en procédant avec prudence, en faisant des séances très-courtes, on pouvait espérer de triompher de ces obstacles sans accident fâcheux.

Le 20 février, une première opération fut faite en présence de MM. Bouvalet et Maisonnabe. La pierre fut saisie avec un instrument courbe: mais elle s'échappa quand on voulut la comprimer et la fixer. Toutefois elle fut écornée; l'instrument rapporta des débris de phosphate calcaire. Dans cette séance, qui ne dura que cinq minutes, M. Civiale s'assura que la pierre était tendre et qu'elle avait le volume d'une grosse noix. Les douleurs qu'occasiona la perquisition du calcul furent moindres qu'on ne devait s'y attendre; un crachement de sang assez considérable, mais sans aucune réaction fébrile, suivit cette opération; cet accident n'eut aucune conséquence grave, et cessa promptement.

Cinq autres séances eurent lieu dans le mois de mars, et procurèrent l'expulsion d'une assez grande quantité de détritus, sans le moindre dérangement dans la santé du malade, dont l'état s'améliorait au fur et à mesure de la destruction de son calcul.

Les 3, 6 et 9 avril, de nouveaux fragmens furent broyés et en partie extraits de la vessie, dont la force d'expulsion était peu énergique.

A cette époque l'état de M. Decabrière était des plus satisfaisans, et quoi qu'il ne fût pas encore totalement débarrassé de sa pierre, cependant les besoins d'uriner étaient beaucoup moins rapprochés, la sensibilité des organes était moins exaltée; l'urine avait un meilleur aspect; le traitement touchait à sa fin; il fut suspendu par un voyage que fit M. Civiale à cette époque et pendant lequel on se borna à l'emploi de quelques injections dans la vessie. Le malade fut mis aussi à l'usage de l'eau de Vichy; chaque jour il faisait des promenades assez longues; depuis long-temps il n'avait pas joui d'une aussi bonne santé; il avait repris son régime habituel.

Cet état fut toutefois interrompu par un accident qui survint le 15 mai. La trop forte pression d'un bandage herniaire sur le cordon spermatique du côté droit, occasiona l'engorgement du testicule. L'inflammation céda néanmoins assez promptement à l'emploi des sangsues, des cataplasmes émolliens, des demi-bains.

Le traitement de la maladie principale fut repris au retour de M. Civiale. Trois séances de trois minutes chaque, faites les 10, 16 et 19 juin, achevèrent la guérison, qui fut confirmée par une exploration minutieuse et négative, le 15 juin. M. Decabrière partit pour son pays dans les premiers jours de juin, dans un état de parfaite santé.

De graves complications semblaient repousser l'emploi du broiement dans le cas que nous venons de rapporter. La lithotritie a pourtant triomphé des obstables offerts à son application. La présence de la pierre avait déterminé dans la vessie des altérations profondes. On devait redouter l'action des instrumens sur un organe déjà irrité, dont la sensibilité était exaltée, et chez un malade d'une sensibilité excessive. L'opération pouvait avoir des conséquences fâcheuses si avant de l'entreprendre on n'eût pas mis le malade dans des conditions meilleures que celles qu'il présentait lors de son arrivée.

LEDAIN, D.-M.-P.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

OCTOBRE 1835. (4e TRIMESTRE.)

HYGIÈNE.

—

De l'influence du mariage sur la durée de la vie humaine, par le docteur GASPER.

(Extrait traduit de l'allemand, par le docteur PARIS.)

ARTICLE 1er. — *Influence du mariage sur la durée de la vie.*

Voltaire, si je ne me trompe, a le premier avancé que, parmi les personnes qui se suicident, le plus grand nombre ne sont pas mariées, et considère en conséquence le mariage comme une condition favorable à la conservation de la vie. Hufeland (1) et Departieux (2), établissent aussi que l'on vit moins longtemps dans le célibat. Ce sujet important nous a paru mériter des recherches plus exactes, d'autant mieux qu'on peut opposer d'autres opinions à celles dont nous venons de parler, et, en l'absence des preuves positives, soutenir également le pour et le contre. En effet, le célibataire, qu'aucun soin de famille ne tourmente, qui, en raison de cela, peut dans une position égale d'ailleurs à celle de l'homme marié, mener une vie plus agréable, se livrer sans nulle contrainte à ce qui lui plaît, ou éviter ce qui lui déplaît, et la femme non mariée, exempte des douleurs de l'accouchement et des fatigues de l'allaitement, que n'affaiblissent ou ne blessent ni les veilles près d'un enfant malade, ni les mille efforts, ni les mille sacrifices que nécessitent le soin du ménage et celui de ses enfans ne semblent-ils pas devoir parcourir une plus longue carrière que l'homme ou la femme mariés? Mais n'est-il pas à présumer aussi que dans l'état du mariage une vie plus régulière, la jouissance plus modérée, pour l'homme, des plaisirs des sens émoussés par l'habitude de l'absence d'excitations nouvelles, les soins réciproques des époux, une assistance meilleure dans les cas de maladie, et les mille jouissances si vives de la vie de famille doivent être des conditions favorables à la prolongation de la vie? D'après cela le législateur, qui doit souhaiter à la population qu'il représente une vie aussi longue et aussi agréable que possible et mettre tout en œuvre pour la lui procurer, doit-il favoriser ou entraver le mariage? Les registres mortuaires tels qu'on les tient ordinairement sont bien loin de pouvoir donner une solution suffisante de cette question, puisque la distinction entre les individus libres et ceux mariés y est à bien dire totalement omise, ainsi que d'autres renseignemens, de sorte que je ne puis communiquer ici que trois documens exacts. Ils prouvent du reste avec une unanimité qui me surprend moi-même, et d'une manière tout-à-fait convaincante que la vie est remarquablement plus longue dans le mariage, et ils embrassent des lieux et des temps si différens qu'il est impossible de douter de leur authenticité. Odier (1) a recherché qu'elle avait été la vie moyenne chez les femmes exclusivement, de l'année 1761 à 1813, et si l'on suppute exactement les listes qu'il a dressées, on obtient relativement aux femmes mariées et aux filles le résultat suivant :

DURÉE MOYENNE de la vie.	CHEZ LES FEMMES mariées.	CHEZ LES filles.	DIFFÉRENCE.
A 20 ans.	40,33 ans.	30,62 —	9,71 ans.
— 25 —	36,04 —	30,51 —	5,53 —
— 30 —	32,38 —	28,86 —	3,52 —
— 35 —	28,86 —	26,28 —	2,58 —
— 40 —	25,54 —	23,38 —	2,16 —
— 50 —	18,85 —	17,56 —	1,29 —
— 60 —	13,02 —	12,53 —	0,49 —
— 70 —	8,77 —	8,86 +	0,09 —
— 80 —	6,15 —	5,82 —	0,33 —
— 90 —	4,04 —	5,27 +	1,23 —

Odier, cherchant à expliquer cette différence en plus

(1) *L'Art de prolonger la vie de l'homme ;* 2e édition, trad. de l'all, par A. J. L. Jourdan. Paris, 1824, in-8.

(2) *Essai sur les probabilités de la vie humaine ;* Paris, 1766.

(1) *Bibliothèque britannique*, t. LIX, sciences et arts, Genève, 1814, p. 220 et 230.

dans la durée moyenne de la vie des femmes mariées presque à toutes les époques de leur existence, l'attribue à ce que celles-là seules qui sont bien portantes s'engagent, ou plutôt sont engagées dans les liens du mariage, et apportent en quelque sorte dans le lit nuptial, à cause de leur constitution plus forte, le germe d'une vie plus longue. Cette explication ne saurait être admise dans sa généralité ; car hélas ! dans la conclusion de la plupart des mariages, l'homme est dirigé par toute autre considération que celle de la santé de la femme qu'il choisit, et s'il existe alors un penchant mutuel qui entraîne les deux futurs époux l'un vers l'autre, et qui suffirait à lui seul pour faire illusion à l'homme sur des désordres de santé apparens, n'arrive-t-il pas souvent aussi que le nom, l'influence de la famille de la femme, dans beaucoup de cas sa fortune, et cent autres raisons décident un jeune homme dans cette circonstance et lui font perdre inconsidérément de vue la santé de sa future et attirent son attention sur des objets d'une moindre importance. On pourrait croire en effet que ce n'est que dans les basses classes où l'homme a besoin d'un surcroît de forces pour son travail, que l'on attache une importance marquée à savoir avant tout si la femme a de la santé, de la vigueur, et chaque médecin sait par sa propre expérience combien il est rare qu'au moment d'un mariage, bien que l'on s'informe soigneusement de tout le reste, on vienne le consulter sur la santé de celle qu'on veut épouser. Nous serons plutôt de l'avis d'Odier, s'il cherche l'explication de la durée plus longue de la vie chez les femmes mariées, dans l'aisance plus grande dont elles jouissent, dans leur position qui fait qu'elles reçoivent de leur mari et de leurs enfans des soins plus attentifs, et dans leurs occupations domestiques qui leur donnent la santé, bien que d'autres raisons que nous indiquerons plus tard ne nous semblent pas avoir sur leur vie une moins grande influence.

Article 2e. — *Influence du mariage sur la durée de la vie chez l'homme.*

On n'a pas encore tiré autant d'avantages qu'il était possible de le faire relativement à l'objet dont nous nous occupons, des tableaux de décès communiqués par Departieux (1), qui les a extraits des registres de la paroisse de Saint-Sulpice à Paris, et présentant un total de 48,540 morts, ainsi qu'un espace de trente années (de 1715 à 1744). Le savant que nous venons de nommer, dit seulement, incidemment et sans pousser plus loin ses recherches sur une différence si frappante : « Il semble que l'on vit plus long-temps dans le mariage que dans le célibat. Le nombre des garçons morts après vingt ans est presque moitié aussi grand que celui des hommes mariés et des veufs morts au même âge : aussi n'y a-t-il que six garçons pour quarante-trois hommes mariés ou veufs qui vivent au delà de quatre-vingt-dix ans. Le nombre des filles mortes après la vingtième année est environ quatre fois plus grand que celui des femmes mariées et des veuves décédées après la même époque, de sorte que quatorze filles seulement vivent au delà de la quatre-vingt-dixième année, tandis que cent douze femmes mariées ne meurent qu'après avoir dépassé ce temps de la vie. » On verra plus clairement combien la durée de l'existence est moins longue chez les célibataires, en jetant les yeux sur les tableaux suivans que j'ai dressés à la manière des listes de mortalité d'après celles dont je viens de parler. J'ai réduit à cent le nombre sur lequel j'ai calculé; j'ai indiqué en outre la différence en plus de la durée de la vie chez les personnes mariées.

Il meurt sur 100 personnes :

ÉPOQUE de LA VIE	HOMMES non MARIÉS.	HOMMES MARIÉS.	FEMMES non MARIÉES	FEMMES MARIÉES.
De 20 à 30 ans.	31,3	2,8	28,0	7,7
— 30 à 45 —	27,4	18,9	19,3	20,3
— 45 à 60 —	18,7	30,2	15,5	22,6
— 60 à 70 —	11,5	20,9	13,5	20,2
— 70 à 80 —	7,5	18,2	14,9	18,5
— 80 à 90 —	3,0	7,8	7,8	8,6
— 90 à 100—	0,5	0,9	0,9	1,6

Il vit sur 100 personnes :

AGE.	HOMMES non MARIÉS.	HOMMES MARIÉS	PLUS.	FEMMES non MARIÉES	FEMMES MARIÉES	PLUS.
Jusq. 30	68,7	97,2	28,5	72,0	92,3	20,3
45	41,3	78,3	37,0	52,7	72,0	19,3
60	22,6	48,1	25,5	37,2	49,4	12,2
70	11,1	27,2	16,1	23,7	29,2	5,5
80	3,6	9,0	5,4	8,8	10,7	1,9
90	0,6	1,2	0,6	1,0	2,1	1,1
100	0,1	0,3	0,2	0,1	0,5	0,4

La mortalité présente, comme on voit, de vingt à trente ans, une différence notable chez les hommes non mariés et chez ceux qui le sont. Cette différence est tout en faveur des derniers, puisque sur cent le nombre des morts n'a été que de trois, tandis que parmi les hommes non mariés, il s'est élevé à trente-un, ou, pour nous faire mieux comprendre, puisque sur cent individus mariés, il n'en est mort que trois de vingt à trente ans, tandis que sur le même nombre de garçons la perte a été de trente un. Mais cette différence n'est qu'apparente, puisque même à l'époque dont il s'agit, c'est-à-dire il y a un siècle, lorsque le mariage, pendant les jeunes années, était encore plus facile que

(1) Ouvage déjà indiqué.

maintenant, peu d'hommes se mariaient avant trente ans; encore le petit nombre de ceux qui le faisaient devaient être supposés dans l'aisance, puisque dans aucune position ce que gagne un jeune homme ne peut être considéré comme suffisant pour l'entretien d'une famille, et nous verrons plus tard combien est grande l'influence du bien-être sur la diminution de la mortalité. Cependant de trente à quarante-cinq ans, époque à laquelle la plupart des hommes se marient, on rencontre encore en faveur de ceux qui sont mariés, une différence en moins dans la mortalité de quatre-vingt-cinq sur cent, établie d'une manière évidente par les tableaux que nous venons de donner. Ils indiquent aussi, qu'après la quarante-cinquième année, cette proportion en faveur des hommes mariés va toujours croissant, puisque sur cent individus mariés, et sur cent qui demeurent célibataires, le nombre de ceux qui vivent au delà de quarante-cinq ans, se trouve de 36,8 plus grand pour les premiers. C'est là une nouvelle preuve de l'influence favorable qu'exerce le mariage sur la vie de l'homme et qui devient encore plus apparente si on jette les yeux sur le calcul établi pour les dernières années de la vie, puisque pour onze garçons qui vivent au delà de soixante-dix ans, nous trouvons vingt-sept hommes mariés.

Article 3e. — *Influence du mariage sur la durée de la vie des femmes.*

On obtient des résultats un peu différens de ceux que nous venons d'indiquer, si l'on compare la mortalité des filles et celle des femmes mariées ou des veuves, de vingt à trente ans, époque pendant laquelle on ne peut pas admettre, comme chez l'homme, que les femmes soient encore pour la plupart dans le célibat; la mortalité est, règle générale, plus grande que chez l'homme marié, pendant ces mêmes années, et cette différence en plus, outre cette circonstance qu'il y a, à cet âge, plus de jeunes femmes que d'hommes mariés, s'explique facilement par la mortalité qui est le résultat de l'accouchement et de ses suites. Cette époque une fois passée, l'influence favorable du mariage sur la vie de la femme reparaît évidemment dans les tableaux que nous venons de donner, cependant dans une proportion bien moindre que pour l'homme, puisque sur cent femmes qui arrivent à un âge plus avancé que 70 ans, le nombre des filles est de 23,6, et seulement de cinq femmes mariées de plus, c'est-à-dire 28,7. On arrive à des résultats absolument semblables, si l'on établit les calculs sur des tableaux de mortalité des gens mariés, dressés dans des temps plus rapprochés : en effet, si des tables de décès d'Amsterdam, communiquées par Biches et comprenant dix années de ce siècle (1), nous extrayons un tableau analogue à celui que nous avons présenté plus haut, voici les proportions différentes de mortalité que nous rencontrons :

Il meurt sur cent individus.

ÉPOQUE de LA VIE.	HOMMES non MARIÉS.	HOMMES MARIÉS.	FEMMES non MARIÉES.	FEMMES MARIÉES.
De 20 à 30 ans.	43,1	3,6	26,5	4,7
— 30 à 45 —	27,1	17,9	24,5	16,5
— 45 à 60 —	15,6	29,2	19,2	22,6
— 60 à 70 —	8,1	22,0	13,0	22,3
— 70 à 80 —	4,3	19,4	11,6	22,9
— 80 à 90 —	1,4	7,0	4,1	9,6
— 90 à 100 —	0,0	0,8	0,7	1,2

Sans fatiguer l'attention du lecteur par de fastidieuses répétitions, je ferai seulement remarquer que, dans ce tableau comme dans les précédens, l'heureuse influence du mariage sur la diminution de la mortalité se manifeste de nouveau partout, et que si le nombre des décès chez les femmes mariées durant l'époque où d'ordinaire elles peuvent devenir mères, s'y trouve comparativement moindre que dans les calculs établis un siècle auparavant, cette différence s'explique facilement par les progrès qu'a fait la science des accouchemens, et celle de la thérapeutique. Je veux aussi faire observer que ces nouvelles expériences confirment l'opinion précédemment émise, c'est-à-dire que le mariage exerce une action favorable encore plus marquée sur la vie de l'homme que sur celle de la femme. Il faut en conséquence que, dans l'état du mariage, les causes qui tendent à abréger la vie, agissent avec plus de force sur la femme que sur l'homme; et, au nombre de ces causes, il faut placer celles dont nous avons déjà parlé : la grossesse, l'accouchement et ses suites pathologiques, l'allaitement, les fatigues du corps et d'esprit qu'éprouve une mère qui prend soin d'élever ses enfans et de leur donner de l'éducation : dans les classes peu aisées et les classes pauvres, l'activité excessive qu'exigent les soins du ménage et le besoin d'acquérir, etc., etc. Mais ce sont là des raisons auxquelles on peut à peine rapporter l'avantage que l'homme marié conserve sur le célibataire, et qu'il doit à sa vie mieux réglée, mieux ordonnée, moins usée par les excès vénériens ou d'une autre nature, différence qui n'existe plus entre lui et la femme; de sorte que ici les preuves positives et les preuves négatives sont en faveur de l'homme marié.

Une question importante, qui a été déjà souvent agitée, présente ici un intérêt si grand que nous ne pouvons nous dispenser de l'examiner, c'est de savoir si dans certaines circonstances le mariage peut être conseillé aux femmes comme moyen curatif. Combien de fois en effet n'arrive-t-il pas d'entendre dire par des médecins ou par des personnes étrangères à l'art de

(1) De 1814 à 1826, moins les années 1815, 1817, 1821, 4e, 5e et 6e tableaux communiqués dans le *Journal de médecine* de Henke, vol. 21, 1831, pages 18-20.

guérir, qu'une jeune femme ou une jeune veuve, en proie à une maladie nerveuse, n'a de guérison à attendre que du mariage, c'est-à-dire de la satisfaction constante et réglée de l'instinct de la génération, et combien de fois aussi n'avons-nous pas perdu notre sérieux en entendant répéter ce mot connu de Méphistophélès :

Ce n'est que par un point qu'on peut guérir leurs éternels soupirs!

Mais cette opinion est-elle fondée sur l'expérience? à la vérité chaque médecin peut avoir vu dans quelques cas des spasmes hystériques disparaître chez les femmes par l'effet du mariage; mais il n'en est peut-être pas non plus un seul qui ne convienne avoir vu quelquefois ce moyen être non-seulement inutile mais même nuisible, comme nous pourrions en trouver des preuves convaincantes dans un grand nombre de faits bien observés. Je suis loin cependant de prétendre que ces faits puissent suffire pour résoudre complètement la question que nous envisageons ici pour la première fois sous ce point de vue. Il m'est impossible seulement de ne pas admettre, ainsi que tout l'indique, que le mariage amenant la satisfaction des désirs vénériens, exerce une influence favorable sur la santé de la femme et contribue à prolonger sa vie. Comment expliquer autrement la différence notable de mortalité qui existe entre les filles et les femmes mariées pendant tout le temps où celles-ci deviennent ordinairement mères, c'est-à-dire de 20 à 45 ans, différence qui, de 19 pour 100 d'après le premier tableau, s'élève à plus de 29 d'après le second, qui a été dressé dans un temps plus rapproché, et lorsque déjà des progrès dans l'art de guérir exerçaient une si grande influence, et faisaient plus que compenser le désavantage qui pouvait résulter pour les femmes mariées des dangers de l'enfantement? Toutefois, cette différence de mortalité me semble si considérable que la raison toute physiologique que nous venons d'indiquer ne peut suffire pour l'expliquer. Il est préférable de tenir compte en même temps de la position qu'occupent les femmes mariées, qui trouvent dans la société une condition plus assurée, de douces satisfactions intérieures, et sont forcées de déployer une activité qui devient favorable à leur santé, tandis que les femmes qui restent dans le célibat vivent en général dans une moins grande aisance, surtout aujourd'hui que l'intérêt est le principe dominant et que tant de monde se marie par intérêt pécuniaire. Tourmentées d'ailleurs par la conscience qu'elles ont d'être retenues dans une position couverte d'une sorte de tache, et de mener une vie sans but, les filles se consument dans le chagrin, ou bien dans les classes inférieures elles s'abandonnent volontiers à des embrassemens illégitimes et s'exposent à tout ce qui peut en arriver de fâcheux pour leur honneur et pour leur santé.

Il résulte en tous cas des faits que nous avons rapportés dans ce travail, que la satisfaction de l'instinct générateur exerce une heureuse influence sur la santé de la femme, que l'usage modéré des plaisirs vénériens agit encore d'une manière plus favorable sur la santé de l'homme, comme on s'en assure en comparant la mortalité dans le mariage et dans le célibat, enfin que cette raison jointe à d'autres, fait que, pour les deux sexes, la vie est plus longue chez les individus mariés. Maintenant le législateur doit envisager le bien de chaque individu sans négliger le bien général. Il aurait d'après ce que nous venons de dire une raison décisive de favoriser de toutes ses forces le mariage, puisque d'ailleurs nous voyons ordinairement, en jetant les yeux sur les tableaux de population, les forces des états augmenter proportionnellement avec l'accroissement de la masse des individus. Nous verrons cependant plus tard, en poursuivant nos recherches, que l'intérêt du législateur qui envisage les états, en général, ou secondairement leurs parties isolées, est tout-à-fait contraire à cette manière de faire, et que pour prolonger le plus possible la vie des habitans il n'agira jamais plus efficacement que lorsqu'il ne favorisera pas le mariage d'une manière hors de toute proportion, ou pour parler plus justement lorsqu'il cherchera à borner le nombre excessif des naissances.

MÉDECINE LÉGALE.

—

De la strangulation de nouveau-nés par le cordon ombilical; par M. Taufflieb.

Un des accidens les plus graves qui puissent compromettre la vie du fœtus au moment de sa naissance, c'est l'entortillement du cordon ombilical autour du col, accident qui suspend à-la-fois la circulation placentaire et la circulation pulmonaire par une véritable strangulation. La mort a été fréquemment la suite de cette disposition anormale du cordon, et comme, dans ces cas, le cadavre du nouveau-né peut offrir les phénomènes qui caractérisent l'infanticide par strangulation, il importe au médecin de savoir bien distinguer l'étranglement produit accidentellement par le cordon, de celui qui serait le résultat de manœuvres criminelles.

Existe-t-il des signes au moyen desquels il soit possible d'établir, avec certitude, cette distinction?

Les médecins légistes se sont depuis long-temps efforcés de résoudre cette question importante, en s'appuyant sur les observations qu'ils ont pu recueillir. Les phénomènes généraux d'asphyxie étant les mêmes pour les deux modes de strangulation, on a cherché des caractères différentiels dans les traces imprimées sur le col de l'enfant, soit par le cordon ombilical, soit par le lien constricteur. Dans la strangulation violente par un lien quelconque, autre que le cordon ombilical, on observe à-peu-près constamment un sillon ou une empreinte rouge brunâtre dans la région du col qui a supporté la compression du lien : or, ce phénomène a manqué dans tous les cas d'*étranglement accidentel par le*

cordon ombilical qui ont été recueillis jusque dans ces derniers temps. Aussi la plupart des médecins légistes français, et parmi les allemands, MM. Klein et Elsasser, se fondant sur ces observations nombreuses, n'ont point balancé à considérer l'existence d'une zône rouge livide autour du col, comme un indice presque certain d'*infanticide* par strangulation. Cette opinion a été combattue en Allemagne, principalement par MM. Henke, Hinze, Berndt et Carus; ces médecins persistèrent à rejeter un caractère d'infanticide qui, suivant eux, n'offrait aucune certitude, puisqu'il ne reposait que sur une série de faits négatifs.

Depuis quelques années plusieurs observations, recueillies par les accoucheurs allemands, semblent devoir décider la question et lever toute espèce de doute sur la possibilité de la production d'empreintes rouges brunâtres sur le cou de l'enfant, par suite d'un simple entortillement du cordon ombilical.

Le docteur Schwartz à Fulde, ayant été appelé auprès d'une femme en travail, crut devoir appliquer le forceps pour terminer l'accouchement. Aussitôt que la tête fut dégagée, il remarqua que le cordon ombilical ceinait le cou de l'enfant par deux tours. M. Schwartz essaya d'attirer une anse du cordon pour la faire passer par-dessus la tête, ou au moins pour en faire la ligature, *mais le cordon était tellement serré autour du cou, qu'il fut impossible de faire glisser le doigt entre les circonvolutions et la peau.* On se hâta donc de terminer l'accouchement en attirant les épaules, au moyen des doigts appliqués en forme de crochets au creux de l'aisselle. L'enfant était mort. On observa dans la région du cou, qui avait été serrée par le cordon ombilical, *une empreinte de couleur livide et en forme de sillon.* L'autopsie ayant été faite 16 heures après l'accouchement, on trouva une tuméfaction notable des paupières inférieures et une injection de la conjonctive palpébrale. La lèvre supérieure était tuméfiée. Le sillon observé au cou, qui la veille avait été bleu, était devenu blanc, à l'exception des bords qui avaient conservé une couleur bleuâtre. *La portion de la peau qui correspondait à l'empreinte était tellement parcheminée, que le sillon n'était pas seulement sensible au toucher, mais encore à la vue.* Les poumons offraient les caractères de ceux qui appartiennent à un enfant qui n'a pas respiré. Les veines coronaires étaient bleues et gorgées de sang. L'oreillette droite était distendue par une grande quantité de sang, les cavités gauches du cœur, au contraire, et le ventricule droit étaient vides. Le cerveau et ses enveloppes n'étaient pas plus congestionnés qu'à l'ordinaire (Henk's Journal 1824).

M. Wildberg fut chargé en 1831 de constater la viabilité d'un enfant qui était mort un quart d'heure après la naissance. L'accouchement avait été très-difficile, l'enfant avait eu le cou serré par une anse de cordon ombilical, que la sage-femme parvint cependant à dégager. Nous passerons sous silence les détails de l'autopsie qui sont étrangers au fait de la strangulation. Nous nous bornons à noter les faits suivans : le visage se trouva notablement injecté; on remarqua autour du cou *une bande étroite, rouge, circulaire*, sans dépression et sans extravasation du sang; cette bande rouge formait un cercle presque complet. Les poumons étaient crépitans, plus légers que l'eau, d'un rouge clair, excepté vers la partie postérieure où cette coloration était plus foncée. Une certaine quantité de sang écumeux s'écoulait des incisions pratiquées dans la substance du poumon. Toutes les cavités du cœur étaient remplies de sang. Les sinus de la dure-mère étaient distendus par une grande quantité de sang; les ventricules du cerveau contenaient plus de sérosité qu'à l'ordinaire, et cette sérosité était rougeâtre. Les plexus choroïdes et les vaisseaux de la base du crâne étaient gorgés de sang. Les résultats de l'autopsie portèrent M. Wildberg à admettre que l'enfant était mort d'apoplexie, et que l'entortillement du cordon ombilical, autour du cou, était une des causes qui avaient amené cet état apoplectique. (Wildberg, Magasin, 1831, p. 245).

Dans un cas du même genre, M. Carus observa une sugillation au cou de l'enfant, dépendant de la pression exercée par le cordon ombilical sur cette partie. (Leipsig, Lit. Zeitg. 1819).

L'observation suivante, recueillie par M. Wildberg, il y a trois ans, serait également très-concluante, s'il ne s'agissait pas d'un accouchement clandestin. Le cadavre d'un enfant nouveau-né fut trouvé dans un coffre appartenant à une fille employée comme domestique, dans la maison N. Cette personne avoua qu'elle était accouchée, pendant la nuit, d'un enfant mort. L'accouchement avait été très-pénible; la tête ne put franchir le détroit inférieur qu'au moyen de tractions exercées par la main, et quand elle fut dégagée, le reste du corps cessa d'avancer. C'est alors que la mère s'aperçut que le cordon ombilical entourait le col de l'enfant; elle glissa le doigt sous une anse du cordon et l'attira de toutes ses forces, malgré les douleurs très-vives auxquelles elle était en proie, douleurs qu'elle supporta avec courage, parce qu'elle se croyait perdue si l'accouchement ne se terminait pas. Elle parvint enfin, avec une peine infinie, à faire sortir l'enfant avec le placenta.

L'autopsie fut faite par M. Wildberg. On trouva le cadavre de l'enfant uni au placenta, par le cordon ombilical. L'enfant était à terme et très-bien constitué. Sur le front, sur les tempes et sur le dos du nez, on trouva des empreintes étroites, longitudinales, légèrement ecchymosées, comme si elles avaient été produites par l'action des ongles. On ne trouva aucune autre lésion sur tout le reste du corps, et la cavité de la bouche ne contenait aucun corps étranger. Autour du cou on observa *un sillon peu profond, plus rouge que le reste de la peau;* sur le côté droit de cette même région, le sillon se trouvait, dans l'étendue d'une phalange de doigt, sensiblement plus large et plus rouge que les autres parties de cette empreinte. Les organes subjacens, le larynx et la trachée n'offraient rien d'anormal. Les poumons ne contenaient point d'air ni de sang. Les cavités du cœur contenaient cinq scrupules de sang. Les sinus de la dure-mère, les vaisseaux de la

pie-mère étaient distendus par une quantité considérable de sang. La substance même du cerveau n'offrait rien d'anormal. Les ventricules du cerveau contenaient une quantité moyenne de sérosité rougeâtre ; les plexus choroïdes et les vaisseaux de la base du crâne étaient gorgés de sang. — M. Wildberg adopta les conclusions suivantes. 1° L'enfant est mort avant d'avoir respiré. 2° La mort a eu lieu par apoplexie. 3° Il est extrêmement probable que l'empreinte rouge observée sur le cou, est l'effet de la constriction exercée par le cordon ombilical. Cette dernière conclusion n'est pas, à la vérité, rigoureusement, ni suffisamment légitimée par l'autopsie ; mais en considérant l'ensemble des phénomènes constatés sur le cadavre, phénomènes qui s'accordent très-bien avec la déclaration de la mère, on est autorisé à conclure que l'enfant a effectivement succombé à une strangulation accidentelle par le cordon ombilical. (Wildberg, Magazin, 1832).

Ces divers exemples et, en particulier, les trois premiers ; paraissent mettre hors de doute que l'entortillement du cordon ombilical, autour du cou de l'enfant, est une cause de mort accidentelle qui peut laisser des traces tout-à-fait semblables à celles que produirait tout autre lien, employé dans un but criminel. Ces cas sont, à la vérité, les plus rares, mais il suffit qu'ils se soient rencontrés quelquefois, pour que le médecin doive se tenir en garde contre une erreur qui pourrait entraîner aux conséquences les plus funestes.

Parmi les circonstances de l'accouchement, qui peuvent quelquefois donner quelques lumières sur les causes véritables de la strangulation, il faut compter l'intégrité du cordon ombilical qui n'a éprouvé aucune solution de continuité. En effet, dans le cas d'entortillement du cordon, celui-ci étant devenu trop court pour permettre la sortie libre de l'enfant, le placenta est le plus souvent entraîné et expulsé en même temps que le fœtus, surtout si la femme est abandonnée à elle-même, comme dans l'accouchement clandestin. En second lieu l'absence de la respiration ; prouvée par la docimasie pulmonaire, témoignerait encore en faveur de la strangulation accidentelle dont il s'agit, qui s'effectue au moment du passage, quoiqu'il puisse arriver, dans certains cas rares, que l'enfant respire plus ou moins parfaitement avant de succomber, ainsi que cela est arrivé dans l'exemple n° 2. Ces deux circonstances sont des indices, qui peuvent encore éclairer le médecin dans les cas d'infanticide, où une mère coupable se serait servie du cordon ombilical pour étrangler son enfant. Dans ces cas difficiles, l'expert, chargé de constater l'infanticide, ne pourrait même rien conclure des données puisées dans les caractères différentiels des marques observées sur le cou de l'enfant. C'est alors, qu'au défaut de caractères constans et précis, un médecin attentif et judicieux peut quelquefois consulter avec fruit des circonstances purement accidentelles, et en tirer un très-grand parti pour l'appréciation des questions difficiles qu'il est appelé à résoudre. On en trouve un exemple dans l'observation suivante, qui appartient à M. Servaes, de Dusseldorf, et qui, peut-être, ne paraîtra pas dépourvue d'intérêt.

M. Servaes fut chargé de faire l'autopsie du cadavre d'un nouveau-né, qui avait été trouvé dans un fossé. Les résultats de cet examen juridique furent les suivans : L'enfant, du sexe féminin, est à terme et parfaitement bien constitué ; il est encore en rapport avec le placenta au moyen du cordon ombilical, qui n'a pas été divisé. La tête est déprimée obliquement de droite à gauche, et de haut en bas ; la joue droite est appliquée sur le côté gauche de la poitrine, le menton correspond à l'épaule gauche ; l'œil gauche, sorti de son orbite, fait saillie entre les deux paupières ; la conjonctive oculaire est injectée des deux côtés ; la tête est fortement fléchie sur la poitrine ; la langue est saillante hors de la bouche. La portion du cordon ombilical, qui, du nombril, s'étend jusqu'au cou, et tellement tendue, qu'elle a imprimé un sillon profond sur la peau de cette région ; la partie du cordon qui, de la dernière circonvolution, se rend au placenta, est tellement courte, que ce dernier pend derrière l'épaule droite.

A la nuque, on découvre *deux brins de paille placés, en partie, entre les circonvolutions du cordon ombilical, en partie, entre ces mêmes circonvolutions et la peau du cou.* Le cordon avait fait deux tours autour du cou de l'enfant, et imprimé sur la peau de cette région un sillon profond. Les poumons se comportent à l'épreuve hydrostatique, comme ceux qui appartiennent à des enfans qui ont respiré.

Les signes fournis par l'autopsie cadavérique annonçant que la mort avait eu lieu par strangulation, il s'agissait de savoir si l'entortillement du cordon ombilical autour du cou, qui était la cause probable de cette strangulation, avait eu lieu par accident avant la naissance ; ou bien si l'enfant avait été étranglé, après avoir vu le jour, au moyen du cordon ombilical. L'état des poumons, qui avaient évidemment servi à la respiration, excluait, en quelque sorte, l'idée de strangulation accidentelle avant la naissance. D'un autre côté, la présence de corps étrangers entre les circonvolutions du cordon, prouvait que l'entortillement n'avait pas eu lieu dans le sein de la mère, mais qu'il avait été produit après l'accouchement. M. Servaes a cru devoir conclure de ces faits, qu'il y avait eu infanticide, et que l'enfant avait été étranglé, après sa naissance, au moyen du cordon ombilical. Ces conclusions se trouvèrent, par la suite, parfaitement justifiées par les aveux propres de la mère.

Les questions de médecine légale, dont nous venons de faire mention, étant le plus souvent très-difficiles à résoudre, et la science n'ayant pas encore à offrir au médecin des règles certaines pour le diriger dans ces recherches délicates, on doit généralement sentir la nécessité de rassembler, autant que possible, toutes les observations propres à éclairer ce point obscur de la médecine légale. C'est ce qui m'a engagé à appeler l'attention sur les faits que je viens de rapporter d'après les journaux allemands.

TACHES DE SANG.

Rapport médico-légal : par MM. Orfila, Barrupel et Chevallier.

Nous soussignés,... chargés par ordonnances de M. Gasehon, juge d'instruction, près le Tribunal de première instance du département de la Seine, en date des 1er et 5 juillet 1834, en vertu de la commission rogatoire en date du 22 juin 1834, adressée par M. de Saisseval, juge d'instruction de l'arrondissement de Château-Thierry, dans l'affaire instruite contre les nommés Jean-Baptiste Boileau, Alexandre Boileau, Jean-Louis Boileau, et Victor Darez, tous les quatre inculpés d'homicide volontaire commis de complicité, le 2 dudit mois de juin, sur la personne du sieur Hochet garde-champêtre, *de procéder à l'examen de vêtemens et objets joints à cette commission rogatoire et aux opérations nécessaires pour répondre, autant que possible, aux questions suivantes :*

Première question. *Est-il possible de constater si le sang mélangé à de la terre saisie dans le bois du Mesnil est du sang d'homme ; s'il est du même homme que celui existant sur les vêtemens d'Hochet, sur les vêtemens de Jean-Baptiste Boileau, et sur ceux de Victor Darez ?*

Deuxième question. *Est-il possible de constater si les traces que l'on remarque sur les vêtemens de Jean-Baptiste Boileau, sont des traces de sang ; si ce sang, dans le cas de l'affirmative, est du sang d'homme ou du sang de lièvre ; s'il est du même homme que celui existant sur les vêtemens d'Hochet, et que celui mélangé à la terre du bois du Mesnil ; et enfin si ces taches de sang existent sur les vêtemens de Jean-Baptiste Boileau, depuis trois semaines environ ou quatre mois et même plus ?*

Troisième question. *Est-il possible de constater si les taches que l'on remarque sur les vêtemens de Darez sont des taches de sang, et si ce sang, dans le cas de l'affirmative, est du sang d'homme ou du sang de mouton, s'il est du même homme que celui existant sur les vêtemens d'Hochet, et que celui mélangé à la terre du Mesnil, et enfin si ces taches de sang existent sur les vêtemens de Victor Darez depuis trois semaines ou depuis cinq semaines ?*

Quatrième question. *Est-il possible de constater si des traces que l'on remarque sur un morceau de toile bleue, trouvée près du lieu où a été prise la terre du bois du Mesnil, sont des taches de sang ; dans l'affirmative, si ce sang est du même homme que celui existant sur les vêtemens d'Hochet, sur ceux de Jean-Baptiste Boileau, sur ceux de Victor Darez et dans la terre du bois du Mesnil.*

Pour répondre aux désirs de l'ordonnance, les experts se sont réunis au laboratoire de chimie de la Faculté de Médecine, le lundi 7 juillet à neuf heures du matin, pour prêter, entre les mains de M. Lafontaine, commissaire de police attaché au bureau des délégations judiciaires, le serment de bien et fidèlement remplir la mission qui leur est confiée.

Serment prêté, il leur fut fait remise des objets désignés en la commission rogatoire de M. de Saisseval, et qui consistaient : 1° en un pot de grès contenant de la terre, des feuilles, des cailloux et de la mousse pris au bois du Mesnil ;

2° Les vêtemens ensanglantés d'Hochet ;

3° Un morceau de toile bleue ;

4° Une mauvaise blouse bleue à deux faces :

5° Un pantalon de toile bleue rapiécé et déchiré en plusieurs endroits ;

6° Une paire de gros sabots vieux ;

7° Une chemise de grosse toile blanche ;

8° Une blouse de toile bleue vieille ;

9° Une autre blouse de toile bleue plus neuve.

Les experts ayant constaté que tous ces objets, qui étaient contenus dans une grande boîte en bois blanc, portant l'adresse de M. le procureur du roi, étaient munis d'étiquettes indicatives attachées aux objets, en ont pris dépôt et se sont ajournés au lendemain, 8 juillet, pour procéder aux opérations nécessaires, pour répondre aux questions posées dans la commission rogatoire délivrée par M. de Saisseval, le 22 juin 1834.

Et ledit jour 8 juillet 1834, les experts se sont réunis de nouveau dans le laboratoire de l'Ecole de médecine, où ils ont opéré de la manière suivante :

Examen des vêtemens du garde Hochet.

Ces vêtemens étaient dans un paquet, formé d'un morceau de toile de ménage, qui était cousu de manière à ce que rien ne pût s'échapper ; ce paquet était fermé par une corde dont les bouts étaient munis du sceau de M. le juge d'instruction du tribunal de Château-Thierry. A ce paquet était jointe une étiquette sur laquelle on lit ces mots : *vêtemens saisis sur le garde Hochet.*

L'intégrité des scellés ayant été constatée, le paquet fut ouvert et les vêtemens en furent extraits. Le paquet contenait : 1° un gilet de poil de chèvre à raies et à petits points colorés ; ce gilet, qui avait en premier lieu une couleur *vert d'eau*, est devenu *jaune* par l'usage. Ce vêtement est imbibé de sang dans presque toutes ses parties, et particulièrement au dos, au cou et vers les poches.

Dans l'une des poches de ce gilet, était un couteau dont la lame était tachée par une matière blanche ; l'examen de la matière blanche qui faisait tache sur cette lame, nous a fait reconnaître qu'elle provenait de mie de pain tendre ; en effet, une partie de la matière blanche, détachée de la lame, et mise sur des charbons ardens, brûlait avec l'odeur de *pain rôti ;* mise en contact avec l'eau, elle augmentait de volume ; enfin, traitée par la teinture d'iode, elle prenait une couleur violette.

On remarquait, sur quelques-unes des portions du gilet, une matière blanche comme feuilletée ; cette matière, par la manière dont elle se conduisait lorsqu'on

la projetait sur des charbons ardens, avait de l'analogie avec le résidu de la pulpe provenant de la pomme de terre d'où l'on a extrait la fécule.

2° Un pantalon gris, sur la ceinture duquel on remarquait, à la partie postérieure à droite de la couture, trois ouvertures qui paraissaient avoir été faites à l'aide d'un instrument tout à-la-fois tranchant et piquant. Ce pantalon est fortement imbibé de sang sur la ceinture et près des ouvertures et dans les parties environnantes. A ce pantalon, tient une bretelle en lisière qui est aussi imbibée de sang.

Les experts ont aussi remarqué, sur ce pantalon, la même substance blanche analogue à la pulpe de pomme de terre épuisée. La présence de cette matière devrait être expliquée ; elle semble indiquer que cette matière blanche existe sur les lieux où le garde Hochet a succombé, ou qu'elle doit se trouver dans le local où il aurait été porté après sa mort.

3° Une chemise de grosse toile salie par une très-grande quantité de sang épanché ; ce sang se fait surtout remarquer à la partie qui portait sur le dos.

A la partie postérieure de la chemise, et vers le point qui correspond au rein droit, on remarque quatre ouvertures qui ont été faites à l'aide d'un instrument tranchant et piquant. La place que ces ouvertures occupent, est un indice certain qu'elles ont été produites par le même instrument qui a percé la ceinture du pantalon, et la dimension des coupures démontre que cet instrument était une lame étroite.

4° Un mouchoir de poche dans l'un des coins duquel est un nœud renfermant deux pièces de monnaie, l'une en argent, d'*un franc*, l'autre en billon d'*un sou* a l'effigie de Louis XVI.

5° Une plaque de garde-champêtre portant ces mots : *La loi, département de l'Aisne, Pierre Hochet, garde champêtre de Lacroix*, 1834. Cette plaque est *attachée par un brassard en drap.*

6° Une vieille casquette en drap bleu avec visière en cuir. Ce cuir est vert en dessous.

7° Une bretelle en lisière dont une des moitiés est tachée de sang. Sur cette bretelle, on remarque la même matière blanche feuilletée que nous avons déjà signalée précédemment.

La présence du sang sur les vêtemens du garde Hochet, nous était suffisamment démontrée. Cependant nous crûmes devoir opérer sur une portion du tissu détaché de la chemise. Ce tissu ayant été enlevé, fut divisé en petits fragmens qui furent réunis, à l'aide d'épingles, puis mis en contact avec l'eau distillée ; au bout de quelques instans, on aperçut des stries abondantes. L'eau se colora à la partie inférieure et donna lieu à une liqueur rouge brunâtre, analogue, pour la couleur, au sang liquide déjà un peu vieux.

La macération ayant été convenablement prolongée, le liquide fut séparé des fragmens du tissu et divisée en deux parties. L'une d'elles fut encore divisée et soumise aux expériences suivantes :

1° Une quantité de ce liquide fut introduite dans un tube de verre, fermé à l'une de ses extrémités, et soumis à l'action de la chaleur ; bientôt ce liquide se troubla et donna naissance à un coagulum d'un gris verdâtre. Ce coagulum, traité par la potasse, s'est dissout, et le liquide provenant de la dissolution, était brun-verdâtre vu par réflexion, et rouge-brunâtre vu par réfraction, caractères particuliers qui indiquent que la liqueur, traitée par la chaleur, contenait du sang.

2° Une autre portion de ce liquide, traitée par la noix de galle, donna naissance à un coagulum ayant une couleur d'un gris rosâtre.

3° Une autre portion de l'eau sanguinolente, traitée par le chlore, prit une couleur verte, couleur qui fut annihilée par un excès de chlore.

4° Une portion du liquide, traitée par un grand excès d'alcool, a laissé promptement déposer un précipité grenu d'une belle couleur rouge rosé. Ces expériences démontrent de la manière la plus évidente, que c'était réellement du sang desséché qui tachait cette chemise.

Une grande quantité de l'eau sanguinolente, qui était très-chargée de principes du sang, fut traitée par de l'acide sulfurique pur marquant 66°, puis agitée à l'aide d'un tube de verre. A peine le mélange fut-il fait, que bientôt il s'en dégagea une forte odeur de sueur d'homme, odeur qu'il est difficile de confondre avec d'autres.

Examen des matières contenues dans un pot de grès.

Le pot de grès, de la contenance d'environ une pinte et demie, fut extrait de la caisse dans laquelle il était contenu. Il était fermé par un papier formant étiquette, sur laquelle on lit ces mots : *pot de grès renfermant de la terre, de la mousse, des feuilles, des cailloux ensanglantés trouvés au bois du Mesnil.*

L'ouverture du pot ayant été faite, on reconnut qu'il contenait : 1° de la mousse, dont une petite quantité était tachée par une substance sèche, rouge brunâtre, qui avait l'apparence de sang desséché.

2° De la terre, dont quelques petites portions étaient colorées par une matière brune noirâtre, couleur que nous attribuâmes à du sang également desséché.

3° Des cailloux, au nombre de deux, qui portaient évidemment des traces de sang desséché.

4° Des feuilles d'arbres dont quelques-unes étaient salies par une substance rouge-brune, analogue à du sang desséché.

Toutes les substances contenues dans le pot, avaient une odeur extrêmement forte *de moisi*, ou mieux de bois pourri, odeur qui était due à ce que toutes les substances étaient humides lorsqu'elles furent placées dans le pot.

Les portions des différentes substances, *mousse*, *terre*, *feuilles*, *cailloux* qui étaient tachées et qui avaient pris une couleur brune, furent séparées des substances qui ne l'étaient pas, et furent mises à part pour être soumises aux opérations suivantes :

La mousse fut convertie en un petit paquet qui fut mis en contact avec de l'eau distillée, puis on laissa en

macération pendant un temps convenable. On vit successivement l'eau qui se trouvait à la partie inférieure du verre à expérience, prendre une teinte rougeâtre. Lorsque la macération eut été suffisamment prolongée, la mousse fut enlevée, puis la liqueur rouge fut divisée en deux parties. L'une fut introduite dans un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités. Cette liqueur, qui avait la même odeur de moisi que la mousse et tout aussi intense, soumise à l'action de la chaleur, présenta les phénomènes suivans. Le liquide changea de couleur, se troubla et donna lieu à un coagulum assez considérable qui avait une couleur gris-rosé. Ce coagulum ayant été traité par la potasse, s'est dissout en donnant à la liqueur une couleur brun-verdâtre vue par réflexion, et une couleur rouge-brune par réfraction. Tous ces caractères démontraient que le liquide examiné contenait du sang.

L'autre portion du liquide rougeâtre fut traitée par l'acide sulfurique pur à 66°. Il y eut développement d'une odeur particulière; mais cette odeur était masquée par une odeur de bois pourri, qui ne permit pas aux experts de reconnaître l'odeur primitive.

Les feuilles furent ensuite traitées par l'eau distillée à laquelle elles communiquèrent une couleur rouge; la liqueur provenant de cette macération fut examinée; on reconnut qu'elle contenait du sang; mais la petite quantité de ce liquide, et l'odeur de bois pourri que les feuilles exhalaient, ainsi que l'odeur particulière aux feuilles, ne permirent pas aux experts de faire des expériences dans le but de reconnaître quelle serait l'odeur mise à nu par la réaction de l'acide sulfurique sur cette liqueur.

Les cailloux furent ensuite lavés avec de l'eau distillée qui se chargea de la matière colorante qui les avait salis. Les expériences faites sur l'eau colorée, à l'aide de la chaleur, démontrèrent que cette eau tenait du sang en dissolution; mais la petite quantité de cette eau ne permit pas aux experts de la traiter par l'acide sulfurique, dans le but de développer le principe volatil du sang.

Enfin, les portions de terre colorées furent traitées par l'eau distillée qu'elles colorèrent en rouge; la liqueur divisé en deux parties, l'une fut traitée convenablement par la chaleur; elle donna lieu à tous les caractères qui indiquent la présence du sang, c'est-à-dire qu'il y eut coagulation, formation d'un coagulé qui se redissolvait par la potasse en donnant lieu à un liquide brun-verdâtre, vu par réflexion et vert-rougeâtre par réfraction.

L'autre partie fut traitée par l'acide sulfurique: mais elle donna lieu à une matière volatile qui avait l'odeur *de renfermé* ou de moisi.

Examen d'un morceau de toile bleue.

Ce morceau de toile porte une étiquette sur laquelle on lit: *morceau de toile pouvant servir de pièce de conviction dans l'affaire Hochet.* L'examen de ce tissu a démontré qu'il avait environ six pieds de longueur; il semblait provenir d'un vieux jupon de femme, tellement usé, qu'au premier aspect on le croirait couvert de farine, ce qui n'est pas, ainsi que nous l'ont démontré nos expériences.

Ce débris de vêtement a été racommodé, à plusieurs reprises, et avec des morceaux de différentes qualités et couleurs.

On remarque sur ce morceau de toile, qui offre un *semé de pois blancs sur un fond bleu*, trente taches environ qui paraissent être dues à du sang. Quelques-unes de ces taches sont très-larges et ont environ deux pouces, en carré. A ce morceau de toile étaient joints divers débris de végétaux secs, que nous avons reconnus pour être des brins *de paille*, *de foin* et *de tige de sénevé.*

Les plus grandes parties des taches qui existaient sur ce débris de vêtement, furent enlevées et mises en contact avec de l'eau distillée qui se colora en rouge-brun. Une partie de l'eau sanguinolente, ainsi obtenue, fut essayée à l'aide de la chaleur et de divers réactifs, elle présenta tous les caractères du sang liquide.

Une autre partie de cette eau, traitée par l'acide sulfurique, donna lieu au développement d'un principe volatil qui fut reconnu, par l'un des experts, comme ayant l'odeur *des menstrues de femmes*, et par les autres, comme ayant l'odeur des excrémens humains.

Examen des sabots de Jean-Baptiste Boileau.

L'examen de ces sabots démontre qu'ils ont longtemps été portés. Leur intérieur est rempli de terre qui s'y est accumulée et qui est sous forme de petites plaques mamelonnées. Cette terre ne présente aucune coloration que l'on puisse attribuer à du sang.

Examinés à l'extérieur, on reconnut sur le sabot du pied droit et à l'angle intérieur du talon, une tache de couleur noirâtre; cette tache, qui a la forme d'un losange, a à-peu-près un pouce en carré. A côté de cette tache, sont différentes matières qui se sont attachées au sabot, matières parmi lesquelles on distingue *de la paille*, *de la terre*, *du sable*, etc. Sur le sabot du pied gauche, à la partie extérieure, et en avant, on distingue divers points colorés en rouge violacé; enfin, sous les sabots, on aperçoit des taches faites par l'herbe, mais aucune tache que l'on puisse attribuer à du sang.

La tache noire en forme de losange, qui se trouvait sur le talon du sabot de la jambe droite, a été enlevée par le grattage opéré à l'aide d'un canif. Les parties grattées ont été mises en contact avec de l'eau distillée; après un séjour assez prolongé, l'eau qui avait dissous les principes solubles fut examinée. Par suite de cet examen, il fut constaté que cette tache faite sur le sabot, n'était pas due à du sang; en effet, ce liquide avait une couleur jaunâtre, il exhalait une odeur infecte de matière excrémentitielle; soumis à l'action de la chaleur, il ne se troublait pas et ne fournissait pas de coagulum. L'odeur qui s'en élevait, indiquait que

cette tache était réellement due à des matières fécales.

Les autres matières, *paille*, *sable*, *terre*, qui se trouvaient auprès de la tache et qui formaient une petite élévation, furent détachées et examinées. A l'aide de moyens semblables, on reconnut que, comme dans la tache examinée précédemment, ces matières avaient été fixées sur le sabot par de la même matière fécale.

Les taches d'un rouge violacé, qui se trouvaient à la partie antérieure et en avant du sabot du pied gauche, furent enlevées ainsi qu'une partie du bois du sabot, et mises à macérer avec de l'eau distillée et laissées en contact avec ce liquide.

Le macéré n'avait pas pris de couleur rougeâtre; essayé par la chaleur, il n'a pas fourni un seul des caractères qui indiquent la présence du sang.

Examen du pantalon de Jean-Baptiste Boileau.

L'examen scrupuleux de toutes les parties de ce vêtement a fait reconnaître aux experts :

1° Dans le gousset qui est attaché au côté droit de la ceinture, une tache qui paraît être due à du sang et qui, par sa position, semble avoir été faite par le dos de la main.

2° Sur le bas de la jambe droite, à la partie antérieure, trois taches paraissant avoir été faites par du sang en gouttelettes qui aurait été projeté sur le pantalon. Ces gouttelettes n'ont pas traversé le tissu.

3° Sur la même partie antérieure et au bas de la jambe droite, trois autres taches paraissant aussi dues à du sang. Ces taches ont une teinte différente des premières, et pour les experts c'est un indice presque certain qu'elles ont une origine plus ancienne que celles précédemment décrites.

4° Sur la jambe gauche un peu au dessous du genou, une tache paraissant devoir être due à du sang desséché; cette tache a aussi les caractères d'une tache plus ancienne que quelques-unes de celles de la jambe droite.

5° Sur la doublure du pont et à l'intérieur du côté droit, on remarque une tache de sang. Cette tache, comme celle que nous avons observée sur le gousset, semblerait indiquer que Jean-Baptiste Boileau a été blessé au dos de la main et qu'il a porté cette main blessée dans son pantalon et dans son gousset.

6° Sur le derrière du pantalon, différentes taches, mais qui ne sont pas dues à du sang.

La moitié environ du tissu supportant la tache qui se trouve dans le gousset a été enlevée et mise en contact avec de l'eau distillée. Après être restée un certain laps de temps avec ce liquide, elle lui avait communiqué une teinte rosée, comme le ferait une petite quantité de sang. L'eau chargée des principes solubles de la tache, chauffée dans un tube de verre, a changé de couleur, elle s'est troublée et a fourni un coagulum qui fut redissous par la potasse avec les phénomènes caractéristiques indiquant la présence du sang.

Une des trois taches qui paraissait moins ancienne que les autres, a été enlevée et traitée de la même manière, elle a fourni un liquide rosâtre qui a donné les caractères indiquant que cette tache avait été faite par du sang.

Le tissu supportant des taches paraissant plus anciennes, a aussi été enlevé et mis en contact avec de l'eau distillée, celle-ci s'est colorée en rouge, et la liqueur, traitée par les réactifs, a donné des résultats qui indiquent que ces taches étaient dues à du sang.

Examen de la blouse de Jean-Baptiste Boileau.

Cette blouse, en grosse toile bleue, est désignée sous le nom de blouse à deux faces; en effet on ne peut distinguer, dans ce vêtement, le côté qui peut être considéré comme étant le devant.

L'examen de cette blouse a fait reconnaître aux experts :

1° Sur l'une des faces que nous avons désignée par un A tracé sur la blouse, trente taches, ayant des caractères de vétusté; l'examen physique de ces taches ne nous a pas permis de présumer quelle était la nature de la substance qui les avait produites.

2° Sur la manche du côté droit, en regardant la face A, vingt taches qui paraissent être de la même époque que les précédentes. On ne remarque aucune de ces taches sur la manche gauche.

3° Sur l'autre face de la blouse, trois taches à la manche gauche et quatre sur la manche droite; toutes ces taches semblent avoir la même origine.

Un assez grand nombre de ces taches ont été enlevées de dessus la blouse avec le tissu, et mises en contact avec de l'eau distillée, pendant plus de quatre heures; au bout de ce laps de temps, l'eau n'avait pas pris de couleur rougeâtre, mais une légère couleur jaune; cette eau chauffée ne se troublait pas et ne fournissait pas de coagulum, ce qui indique que ces taches n'ont pas été faites par du sang.

Les portions de tissu supportant ces taches séparées de l'eau, ont été mises à sécher, lorsqu'elles furent sèches, elles ont été traitées par de l'alcool à 40° bouillant; cet alcool se colora en vert, la solution alcoolique filtrée se troublait fortement par l'eau.

Une portion de la solution alcoolique évaporée à siccité, à une douce chaleur, a laissé une matière de nature résineuse très-analogue à la glu; cette matière qui avait formé les taches que nous avons signalées sur la blouse de Jean-Baptiste Boileau, est de couleur verte, elle adhère aux doigts et les colle, elle a une odeur âcre, et brûle en répandant des fumées aromatiques d'une odeur particulière. Les experts pensent que ces taches ont été produites par de la glu.

Examen de la blouse (vieille) de Victor Darez.

L'examen de cette blouse nous a fait connaître qu'elle contenait sur diverses parties des taches que

nous ne pûmes, en raison de leur couleur, attribuer à du sang. Voulant cependant nous assurer de leur nature, nous les avons enlevées de la blouse et mises en contact avec de l'eau distillée. Ces taches n'ont pas coloré en rouge ce liquide; mais lui ont donné une couleur jaunâtre; l'eau de macération, soumise à l'action de la chaleur, ne se troublait pas et ne fournissait pas de coagulum, elle ne présentait aucun des caractères qui appartiennent à l'eau chargée de sang.

Le tissu qui supportait ces taches, séché et traité par l'alcool à 40° bouillant, a fourni une solution alcoolique qui, évaporée à siccité, a laissé une certaine quantité de matière grasse. C'est cette matière grasse qui, en fixant la poussière, avait formé les taches remarquées sur cette blouse.

Examen de la blouse neuve de Victor Darez.

L'examen de ce vêtement a fait reconnaître qu'il est à deux faces; sur l'une d'elles, celle marquée A par les experts, on remarque un grand nombre de taches qui, à l'exception d'une seule, que nous avons entourée d'une carré tracé à l'encre, ne sont pas faites par du sang, mais par des matières grasses; quant à la tache renfermée dans le carré, elle paraît aux experts être due à du sang, et ils l'ont conservée; sa présence étant la seule qui pût prouver plus tard que cette blouse était tachée par du sang.

Sur l'autre face de cette blouse on remarque:

1° Sur divers points un grand nombre de taches produites par de la graisse.

2° Sur le bras droit, environ quarante taches que les experts croient être dues à du sang. Ces taches semblent avoir été faites par du sang jaillissant, c'est du moins ce qui semble ressortir de leur disposition; elles ne paraissent pas très-anciennes, à en juger par la couleur et par l'apparence luisante qu'elles ont conservées.

Une portion des taches que nous soupçonnions avoir été faites par de la graisse, ont été enlevées avec le tissu, et mises en contact avec de l'eau distillée; mais ce liquide ne s'est pas coloré en rouge, l'eau soumise à l'action de la chaleur n'a pas changé de couleur, ni ne s'est pas troublée.

Le tissu supportant les taches, séché et traité par l'alcool à 40° bouillant, a fourni une matière grasse qui était celle qui avait causé ces taches.

Une portion des taches qui existaient sur la manche de la blouse neuve de Victor Darez, taches que les experts considéraient comme faites par du sang, ont été enlevées avec le tissu et mises en contact avec de l'eau distillée qui s'est colorée en rose; cette eau ainsi colorée, soumise à l'action de la chaleur dans un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités, s'est troublée; elle a ensuite donné lieu à un coagulum qui s'est redissous par la potasse, en même temps que la liqueur prenait une couleur verdâtre vue par réflexion, et une couleur rougeâtre vue par réfraction; ces caractères indiquent que l'eau essayée tenait en dissolution du sang fourni par les taches.

Examen de la chemise de Victor Darez.

L'examen de cette chemise a fait reconnaître:

1° Au bas de la partie inférieure du devant, de petites taches de sang.

2° Sur la manche droite, à la partie interne et supérieure, vers le milieu de la manche, quatre taches dont deux paraissent être dues à du sang.

3° Sur la manche gauche à la partie postérieure près du poignet et un peu au dessus, cinq taches paraissant être dues à du sang.

On remarque aussi dans l'intérieur de la chemise, sur les deux pans, plusieurs taches de sang: 1° sur le pan de derrière et à la partie inférieure; 2° sur le pan de devant et à la hauteur du pubis; la forme et les dispositions de ces taches semblent indiquer que le porteur de la chemise aurait procédé à l'action du coït avec une femme qui aurait eu ses menstrues. Des essais faits sur une partie des taches existantes sur les manches de la chemise à l'aide de l'eau distillée et de la chaleur ont démontré qu'elles sont dues à du sang.

Les taches existantes sur le pan de la chemise, ont fourni, par l'eau distillée et la chaleur, des résultats qui indiquent aussi que ces taches sont dues à du sang, les experts n'ont fait aucune recherche sur l'arôme de ce sang: par la raison qu'il existait en très-petite quantité sur la chemise, et que d'ailleurs, celles-ci exhalent une odeur des plus fortes, odeur qui incontestablement aurait masqué celle propre au sang.

Ces opérations étant terminées, les experts ne croient pouvoir répondre aux questions qui ont été posées que de la manière suivante:

Sur la première question:

Il a été impossible de constater, si le sang mélangé à de la terre prise dans le bois du Mesnil, est du sang d'homme et du même homme que celui qui existait sur les vêtemens d'Hochet, sur les vêtemens de Jean-Baptiste Boileau et sur ceux de Victor Darez, par la raison 1° que ce sang est en trop petite quantité: 2° que le sang qui se trouvait sur la terre, et la mousse prises dans le bois du Mesnil, avaient contracté une forte odeur de bois pourri qui *avait annihilé l'odeur particulière au sang*, de quelque source qu'il provînt.

Sur la deuxième question:

Il a été possible de reconnaître des taches de sang, sur le pantalon de Jean-Baptiste Boileau; mais il est impossible de dire si ce sang est du sang d'homme ou de lièvre, et s'il est du même homme que celui qui existait sur les vêtemens d'Hochet, et que celui qui existait sur la terre prise au bois du Mesnil. Cette impossibilité est expliquée par la minime quantité de sang qui se trouvait sur le pantalon de Jean-Baptiste Boileau.

Quant à la question de savoir si le sang existe sur ce pantalon, depuis trois semaines ou quatre mai

et plus, les experts déclarent que les taches de sang qu'ils ont observées sur ce pantalon, ont été produites à deux époques évidemment différentes l'une de l'autre.

Sur la troisième question :

Il a été possible aux experts de constater sur la blouse neuve de Victor Darez et sur sa chemise, la présence de taches faites par du sang ; mais il leur est impossible, en raison de la trop petite quantité de sang, de dire si ce sang est du sang d'homme ou du sang de mouton ; et si ce sang est le même que celui trouvé et sur les vêtemens d'Hochet et sur la terre du bois du Mesnil.

Quant à la question de savoir si ce sang existe depuis trois ou cinq semaines sur les vêtemens de Victor Darez :

Il est impossible aux experts de dire si les taches de sang observées sur les vêtemens de Victor Darez, ont trois ou cinq semaines d'existence, ils sont persuadés que celles que l'on observe sur le haut de la manche droite, du côté de la blouse marquée en B, sont de la même date que celles qu'ils ont observées près de la couture qui attache la manche à la blouse ; bien que les premières soient moins visibles, ils attribuent la différence qu'on observe entre elles, au frottement que les premières ont éprouvé et dont la seconde a été garantie par le point de couture.

Sur la quatrième question :

Il a été possible aux experts de reconnaître que les taches qui existent sur un morceau de toile bleue trouvé près du lieu où a été prise la terre du bois du Mesnil sont dues à du sang ; mais les expériences qu'ils ont faites avec l'acide sulfurique, dans le but de comparer le principe volatil dégagé de l'eau qui avait dissous le sang existant sur le morceau de toile bleue et celui dégagé de l'eau qui avait dissous du sang existant sur les vêtemens du garde Hochet, les portent à croire que le sang qui a fait tache sur le morceau de toile bleue, n'est pas le même que celui qui a taché les vêtemens de ce garde ; en effet le principe volatil dégagé de l'eau chargée du sang d'Hochet, n'avait pas de ressemblance avec celui dégagé de l'eau dans laquelle avait été mis le morceau de toile bleue, et n'était pas le même.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

OCTOBRE 1835.

N° 19.—15 Octobre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Qu'est-ce que l'expérience en médecine?

Certains mots ont une destinée toute privilégiée; on les invoque, on les donne, on les reçoit pour raison suffisante dans presque toutes les questions comme signes d'une chose éminemment nécessaire; ils occupent infailliblement dans les discours la place la plus honorable; telle est la destinée du mot *expérience*. On le trouve partout, et partout où on le rencontre il tient le premier rang parmi ces raisons dont on se sert pour convaincre et par lesquelles on se laisse conduire. Pour donner un conseil, et quand n'en donne-t-on pas! pour gagner dans toute délibération humaine une prééminence contestée; pour faire valoir et propager une opinion, un système, c'est l'*expérience* qu'on invoque, c'est à elle qu'on en appelle; nulle puissance n'obtient une soumission plus prompte, nul argument ne modifie d'une manière plus sûre les déterminations de la sagesse humaine; partout, dans la vie privée comme dans la vie politique, dans les plus petites comme dans les plus grandes choses, lorsqu'il s'agit de se décider par des raisons, la première appelée c'est l'expérience. Devant elle la résistance cède, le doute s'efface, les passions s'amortissent, l'obstination se soumet; après l'intérêt personnel, ce grand mot expérience est le mobile le plus employé parmi les hommes.

Mais quelque puissance qu'on lui reconnaisse partout, quelque valeur que lui donnent les orateurs dans leurs discours par les exemples qu'ils citent, par les analogies qu'ils recherchent, quelque influence que lui reconnaissent la plupart des hommes quand ils cèdent aux conseils qu'on leur donne en son nom, on est néanmoins obligé de convenir que nulle part l'autorité de ce mot n'est aussi généralement sentie que dans la médecine; c'est là surtout qu'il vaut à lui seul toutes les bonnes raisons imaginables. Parcourez par la pensée le domaine médical, et dites si vous ne voyez pas en tout ce mot expérience, tantôt à tort, tantôt à raison, effacer et couvrir tous les autres. Partout il se présente comme l'*ultima ratio*, le dernier mot de toute médecine. Que veulent le malade, la famille et les amis qui l'entourent? un médecin dont l'expérience dirige les efforts qu'on fait pour le rendre à la vie et à la santé. Qu'est-ce que les gens du monde recherchent dans les médecins à réputation? une grande expérience. Qu'est-ce qui conduit le vulgaire à consulter les pharmaciens, les herboristes et les empiriques ou les commères? l'expérience qu'il leur suppose des remèdes, des drogues ou de certaines recettes, sans laquelle leur imagination ne serait point satisfaite. Qu'est-ce que le charlatan invoque en faveur de ses spécifiques ou de sa panacée? l'expérience. Et c'est encore derrière elle que se retranche l'homme à système, de quelque classe qu'il soit, homœopathe, contrastimuliste, ecclectique ou physiologiste; ce qu'il invoque toujours, c'est l'expérience; c'est après elle que chacun court.

En effet, l'expérience bien entendue est la plus sage de toutes les raisons d'agir; la sagesse des hommes se trouve toute en elle; et il n'est pas étonnant que chacun tâche d'avoir pour soi le mot qui représente une si bonne chose. Malheureusement le grand intérêt que nous y mettons tous est cause qu'on a cherché à en étendre ou à en détourner le sens, et il est devenu tellement large que, comme on vient de le voir, avec un peu d'adresse et de ténacité, on peut presque toujours arriver à en dérober un morceau pour se couvrir. Loin de moi la pensée de faire une satire, mais je suis convaincu qu'il serait heureux pour notre profession, et pour ceux qui en ont besoin par conséquent, qu'il y eût parmi les médecins comme parmi le vulgaire, une opinion plus exacte de ce que c'est l'expérience, et qu'on prît moins souvent le mot pour la chose. Ne voyons-nous pas en effet nombre de médecins, contens d'un état de choses dont ils ont amplement profité, caresser à cet égard et entretenir l'ignorance des gens du monde, soit que leur intérêt personnel étouffe en eux la voix de la conscience, soit qu'une pratique généralement heureuse ne leur permette pas même de soupçonner qu'on peut faire autrement ou mieux, soit enfin qu'ils s'abusent sur les succès, et qu'oubliant facilement leurs revers, ils s'attribuent sans mauvaise intention des guérisons dues à la nature, au hasard, à des efforts subalternes dont ils recueillent le profit et dont ils ne partagent point la responsabilité. Dans leurs consultations, soit écrites, soit verbales avec leurs confrères moins haut placés, dans leurs rapports avec leurs malades, ils contribuent souvent plus que personne à

fortifier l'erreur du vulgaire qui les enrichit. C'est d'après eux, d'après leurs décisions et leur conduite qu'il se gouverne et qu'il regarde l'expérience comme le résultat du nombre de malades qu'on visite, de la multitude des guérisons qu'on peut s'attribuer, de la réputation étendue qu'on s'est faite; mais ce que le vulgaire n'ajoute pas, et ce que les médecins ainsi répandus devraient prendre la peine de lui dire, c'est qu'il ne suffit pas de courir de lit en lit du matin jusqu'au soir, mais qu'il faut voir réellement ce qu'il y a dans chacun de ces lits, le comparer avec ce qu'il y a dans les autres, méditer profondément toutes les connaissances ainsi acquises pour en faire ultérieurement jaillir des vérités utiles et applicables; c'est qu'il ne faut prendre pour l'expérience ni l'ancienneté dans le métier, malheureux avantage qu'on ne manque jamais d'acquérir en vieillissant, ni l'étendue d'une clientelle due souvent au hasard, plus souvent à un peu de manége et d'esprit de conduite, ni la routine à la thérapeutique exclusive et bornée, aux maximes banales et superficielles, ni la morgue pédantesque, égoïste et dure, ni la nullité obséquieuse et parvenue.

Je n'ai pas besoin de dire qu'on n'avait pas attendu jusqu'à notre siècle pour se former d'autres idées de l'expérience et pour choisir d'autres modèles. Les médecins reconnus dignes de ce nom, dans tous les temps et dans tous les pays, nous en ont offert d'admirables types; leurs arrêts iront dans tous les siècles faire foi de tout ce qu'ils valaient à cet égard, et de tous leurs efforts généreux pour répandre parmi leurs contemporains l'idée qu'ils s'en faisaient. Mais ces hommes, malheureusement rares, ne pouvaient pas communiquer aux masses mieux éclairées de leurs temps leur manière d'apprendre chaque chose, et, malgré leurs efforts, on s'est presque toujours arrêté à la surface du sujet; ils ont eu beau insister sur cette grande idée que l'expérience est le fruit d'observations attentives long-temps soutenues, souvent répétées, et conduisant un esprit droit aux plus sages préceptes de la thérapeutique; malgré eux, on l'a presque toujours confondue avec l'expérimentation appliquée au plus ou moins grand nombre de sujets sains ou malades. Telle est l'espèce d'expérience dont les hommes à systèmes de tous les temps ont cherché à tirer parti pour la justification et la propagation de leurs idées. Elle est simple, facile, frappante, commode, parce qu'il est toujours aisé de l'interpréter à sa manière; en revanche, on est forcé de convenir que les résultats introduits par elle dans la science ont rarement survécu à celui qui les introduisait. Il est facile d'en trouver la raison; pour s'en rendre compte, il suffit de considérer combien, dans une science comme la nôtre, les élémens dont on déduit la valeur d'une expérimentation sont multipliés et variables, combien il est difficile de les trouver et de les apprécier tous, et combien on s'éloigne de la vérité pure une fois qu'on a le malheur de se placer sur une fausse base d'opérations. En faut-il une autre preuve que les doutes et les ténèbres régnant encore dans la plus grande partie de la physiologie expérimentale proprement dite, que les opinions contradictoires encore soutenues de tous côtés par l'expérimentation. Et pourtant, depuis que la physiologie expérimentale existe, tous les partis invoquent continuellement et exclusivement les preuves que l'expérience apporte, disent-ils, à l'appui de leur opinion. Personne ne me contredira, si j'affirme que, malgré l'assurance dans laquelle chacun d'eux conclut d'après l'expérience, c'est à peine si, sur le plus grand nombre de points, nous possédons même aujourd'hui quelque chose de plus que des conjectures et des hypothèses.

Quant aux prétentions de la thérapeutique, c'est surtout sur l'expérience entendue de cette manière qu'elles sont fondées. Et en effet, s'il y a quelque chose de démontré en thérapeutique, c'est pour le cas où l'expérimentation a prononcé nombre de fois; tels sont ceux où un spécifique peut-être employé. Jamais le médecin n'est plus sûr du résultat que quand il peut recourir à un de ces moyens d'une efficacité inexplicable, mais bien constatée par l'expérimentation; il n'est jamais assuré de ce qui arrivera, quand, au contraire, il est obligé de se renfermer dans les moyens dont une théorie, appuyée d'un plus ou moins grand nombre d'expérimentations, lui conseille l'usage. Mais, avant d'avoir admis un moyen thérapeutique comme spécifique, avant d'avoir quelque chose de sûr expérimentalement contre tel ou tel symptôme, tel ou tel ensemble morbide, combien ne faut-il pas de tâtonnement, combien d'essais infructueux? combien de fois s'est-on demandé si on est sur la voie, si on n'est pas trompé par la marche naturelle du mal, si on ne l'est pas par l'état propre du sujet en observation, si on ne l'est pas par mille circonstances extérieures, dont les plus insignifiantes et les moins appréciables peuvent altérer de cent manières les résultats de l'expérimentation?

En considérant les choses uniquement du point de vue de la science, la connaissance de tous ces faits constituerait l'expérience; mais malheureusement ce point de vue abstrait n'a rien de réel; la science ne s'appliquant que par le moyen du médecin, l'expérience ne peut-être que l'appréciation faite par chaque médecin de tous les faits; par conséquent elle est toute individuelle et résulte pour chacun de sa manière propre de voir, de sa méthode pour raisonner ce qu'il voit. De là les systèmes vivant tous de faits, mais les digérant tous à leur manière. On pense bien que mon intention n'est pas de faire ici l'historique des systèmes vus du point de vue qui nous occupe; contentons-nous de faire remarquer qu'après une durée plus ou moins longue, ils ont tous succombé devant les progrès que leurs successeurs on fait faire à la science; que par conséquent toutes les bases sur lesquelles ils étaient établis et qui n'étaient rien que des règles proposées pour apprécier et pour appliquer ultérieurement les faits observés étaient vicieuses. Il est remarquable, au reste, que presque toujours ces systèmes étaient fondés sur les idées dominant à leur époque les sciences étrangères à la médecine. Nous en avons encore une preuve toute récente dans les applications que l'on

cherche à faire tous les jours de la statistique à la thérapeutique ; applications qui ont déjà produit dans les mains de ceux qui l'exploitent, des résultats si décourageans qui, si elle continuait à envahir la science médicale, auraient pour effet immanquable de rendre nulle toute expérience, ou plutôt de substituer à la véritable expérience une expérimentation aveugle, une sorte de mécanisme insignifiant et composé arbitrairement de chiffres inflexibles appliqués à des circonstances arbitrairement isolées dans les innombrables détails dont un fait de thérapeutique se compose. Sans doute il serait heureux qu'on pût remplacer l'expérience par l'arithmétique qui ne permet pas d'erreurs, ou même par les procédés de l'algèbre transcendante ; il y aurait un bénéfice énorme à avoir en tout trois ou quatre *observateurs* qui n'auraient besoin que d'appliquer leurs yeux, leurs oreilles et leurs touchers aux malades pour les bien *observer*, et de dicter à un arithméticien ce qu'ils auraient observé, tandis que cet arithméticien traduirait le tout en chiffres pour prouver en définitive que tout en médecine est à peu près indifférent, que, quoi qu'on fasse dans une maladie donnée, on perd toujours un malade trois quarts ou un malade sept huitièmes sur dix, ou bien que les guérisons calculées sur une vingtaine de malades ont demandé pour chaque méthode un terme moyen de tant de jours ; résultats d'autant plus beaux qu'ils ne peuvent tenir compte ni des souffrances du malade, ni de la gêne ou des ennuis de certaine méthode, et qu'ils multiplient pour ainsi dire à l'infini les secours qu'il est possible aux administrations philanthropiques de donner aux malheureux, puisqu'ils permettent de n'employer en définitive que les moyens les plus économiques, sans s'inquiéter du reste.

En attendant, pour mon compte, que la vérité et l'arithmétique de ces grands calculateurs se mettent d'accord, je ne puis m'empêcher de croire à l'expérience. Mais comme il faut l'entendre et l'invoquer, ce n'est ni les années qu'on a passées à exercer le métier, ni le nombre des malades qu'on a visités, ni une nombreuse et heureuse pratique, ni même une expérimentation bien faite sur ce grand nombre de malades ; tout cela ne constitue que des faits dont il faut toujours et partout tenir compte ; l'expérience est bien plus que tout cela ; les yeux, les oreilles, le toucher, ne la donnent pas ; elle vient d'une source bien plus rare et plus élevée ; c'est l'état d'un esprit qui, ayant beaucoup et bien vu, peut faire application aux cas qu'il rencontre de ce qu'il a observé et retenu ; c'est du bon sens avec un savoir de faits bien digéré, que rien ne peut suppléer en thérapeutique, et qui vaut mieux pour la pratique que le génie ; le génie se trompe, et en médecine le plus souvent il s'agit de ne pas faire de fautes ; c'est à quoi conduit l'expérience bien entendue, mais rien n'est plus rare que celle-ci, puisqu'elle est justement l'opposé des systèmes où le génie échoue, et de la routine ou de la mode qui subjuguent le vulgaire.

D. S. Sandras.

Quelques mots sur un nouveau remède emménagogue.

Un remède nouveau dont l'action est bien établie, bien appréciée, devient une conquête pour la thérapeutique, et il appartient au Bulletin de thérapeutique d'en signaler le premier les effets.

En effet, les efforts constans de ce journal tendent sans cesse à ramener les médecins modernes vers cette thérapeutique éclairée qui a rendu tant de services : le doute philosophique est un élément de progrès. Prouver que l'on ne devait pas trop compter sur la parole du maître, concernant les propriétés de quelques médicamens, c'est apprendre à se défier, relativement aux hommes et aux choses, des réputations toutes faites et arrivées jusqu'à nous sans contrôle. J'engage le judicieux thérapeutiste qui a examiné avec talent ces questions à étudier et à comparer l'action des emménagogues les plus vantés, depuis le père de la médecine jusqu'à nous ; quel chaos ! Combien de prétendus remèdes préconisés pour faire revenir les règles agissent davantage sur le cerveau ou l'estomac que sur l'utérus. A combien de causes n'est pas due l'aménorrhée ?

Les mêmes remèdes seront-ils appropriés à tous les cas ? leur action est-elle bien connue ? J'en prendrai un seul pour exemple : le safran. Dans les maladies des yeux son action émolliente et sédative est bien reconnue ; appliqué en cataplasme, il calme les inflammations de la peau ou hâte la résolution des furoncles. Eh bien, le même médicament est employé dans la chlorose et l'aménorrhée, dans les cas où l'on veut tonifier. A Châtillon-les-Dombes, il y avait une communauté religieuse qui doublait les revenus du couvent en vendant des bonbons au safran pour provoquer les règles, et dont les petits garçons gourmands se trouvaient très-bien.

Quand la suppression est due à un état de congestion de l'utérus, les remèdes excitans sont-ils rationnels ? Je laisse aux expérimentateurs les soins de lever tous les doutes ; je vais maintenant passer à des faits.

Mon ami et compatriote le docteur Furnari, en cherchant à résoudre des affections glanduleuses par une nouvelle combinaison métallique, ne tarda pas à s'apercevoir que si elle avait une action marquée sur celles-ci, elle en avait encore une plus évidente, c'est celle de provoquer le flux menstruel, même chez des femmes depuis long-temps parvenues à l'âge critique.

Frappé de ce fait, M. le docteur Furnari me le confia, et nous entreprîmes une série d'expériences.

Premier fait. Madame P...., âgée de quarante-deux ans environ, avait été atteinte d'aménorrhée depuis un an environ, époque à laquelle je lui avais extirpé un sein affecté d'une maladie cancéreuse très-prononcée, et dont elle est très-bien guérie. Nous lui donnâmes la potion emménagogue du docteur Furnari, à prendre par cuillerées à café matin et soir, quinze jours avant l'époque ordinaire, et nous ne fûmes pas peu étonnés de voir le flux menstruel se rétablir avec une très-grande abondance.

Deux mois les règles ont été fixes et copieuses à leur époque. Au troisième mois il y a eu diminution ; nous avons recommencé la potion, et avec elle le sang a flué de nouveau à l'époque fixe et en quantité suffisante.

Deuxième fait. Une jeune fille me fut adressée par mon ami le docteur Lacorbière, elle fut reçue au dispensaire sous le n° 5, elle était affectée d'une kératite scrofuleuse très-intense, pour laquelle on avait essayé plusieurs traitemens. Agée de dix-sept ans, elle n'avait été que très-imparfaitement reglée. Tous les emménagogues les plus usités avaient été inutilement mis en usage.

Après avoir eu recours à des évacuations sanguines suffisantes pour combattre la kératite, je lui donnai la potion du docteur Furnari sous le double prétexte de combattre les accidens glanduleux et de provoquer les règles. Le dernier effet fut obtenu en quinze jours. Les règles coulèrent en abondance pendant trois mois, le quatrième il y eut une suppression complète, nouvelle dose de potion, retour des menstrues.

Troisième et quatrième faits. Deux femmes se présentèrent au dispensaire. La plus jeune, atteinte d'amaurose presque complète, sortait d'un hôpital où elle avait séjourné quatre mois, et c'est à dater de cette époque que ses règles étaient supprimées ; l'autre, atteinte d'une congestion sanguine très-évidente dans l'œil, n'était point réglée depuis trois mois. Toutes deux furent mises le même jour à l'usage de la potion emménagogue, et toutes deux revirent leurs règles très-abondantes après huit jours de l'usage de ce médicament.

Cinquième fait. Mademoiselle P....., de Bordeaux, âgée de dix-neuf ans, atteinte d'une blépharite scrofuleuse, très-irrégulièrement et peu abondamment menstruée, fut soumise à l'action de la potion emménagogue, et après quinze jours d'essais, les règles coulèrent très-vivement. Depuis quatre mois leur cours n'a été qu'une fois légèrement interrompu, la potion l'a régularisé très-rapidement.

Dans un seul cas le médicament a échoué, c'est sur une jeune dame de Lyon, atteinte d'irritis chronique avec épanchemens dans les chambres.

Dans une consultation à laquelle assistaient plusieurs médecins, je fus obligé de mentionner ce moyen et son efficacité, c'est ce qui me force à prendre acte des recherches faites par le docteur Furnari et moi, avant que notre travail soit terminé. Ainsi, malheureusement est-on obligé d'agir dans le siècle où nous vivons pour conserver la propriété d'une découverte, même d'un minime intérêt.

Je dois maintenant dire que le médicament qui produit des effets emménagogues si actifs, est le *cyanure d'or* donné en potion à la dose de trois grains pour huit onces de solution. Il ne se tient en suspension que dans un alcoolat à dix-huit ou dix-neuf degrés. Sa préparation demande de grandes précautions ; c'est à M. Deschamps que nous la confions ordinairement.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de voir que ce médicament ne convient point aux sujets qui ont l'estomac fatigué ou irrité.

Dans notre travail qui est sous presse, nous nous étendrons longuement sur son mode d'action.

CARRON DU VILLARDS.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

De l'état actuel de la thérapeutique concernant les fractures terminées par fausse articulation.

Les hommes qui suivent de près les progrès récens de la thérapeutique sentiront sans doute avec nous le besoin de résumer de temps en temps les derniers résultats de certaines parties de cette science et de fixer d'une manière définitive les données pratiques qui découlent rigoureusement de ces progrès. Ce n'est effectivement qu'en suivant cette marche que chaque praticien peut être sûr de ne pas se rouiller dans les idées de l'ancienne routine et qu'il se dit avoir la conscience d'être réellement au niveau de la thérapeutique de son temps. Mais cette espèce de travail, on le conçoit bien, n'est pas facile pour tout le monde, surtout dans les provinces ; aussi nous imposons-nous la tâche de remplir cette lacune à mesure que le besoin s'en fera sentir. Nous appliquons pour le moment ce préambule au sujet du traitement des fractures terminées par fausse articulation.

Ouvrez la chirurgie de Boyer, compulsez les différens dictionnaires de médecine qui encombrent une si grande partie de nos bibliothèques, vous ne trouverez, à l'égard de ce point important de pratique, que les idées déjà surannées depuis trop long-temps. Tout ce qu'on prescrit, en effet, de plus essentiel à ce sujet, c'est le séton en permanence entre les fragmens ou bien la résection de ces mêmes fragmens.

Si la thérapeutique actuelle ne connaissait pas d'autre médication plus convenable à opposer à la maladie dont il s'agit, la chirurgie aurait été à coup sûr singulièrement stationnaire sur ce point depuis un quart de siècle; car les deux moyens que nous venons d'indiquer sont loin aujourd'hui de répondre aux idées avantageuses qu'on s'était formées sur leur efficacité. On sait effectivement, et nous sommes nous-mêmes témoins oculaires à cet égard, que la résection des deux bouts de la fracture non réunie a été souvent suivie de la mort entre les mains de Dupuytren et de Boyer ; que ce même moyen a été, d'autre part, pratiqué sans aucun résultat avantageux par M. Roux et par plusieurs autres. On sait aussi d'ailleurs que le séton de linge, passé entre les fragmens de la fracture, détermine souvent des accidens très-graves (surtout à la cuisse, où il y a une grande masse de chairs à traverser), tels qu'hémorrhagies, fusées purulentes, etc., ainsi que cela résulte des faits nombreux publiés sur cette matière; de sorte que ce ne

serait que par manque de connaissance de meilleurs moyens qu'un praticien aurait aujourd'hui recours aux médications que nous venons d'indiquer. Aussi, dans les dernières années de sa pratique, Boyer préféra-t-il ne rien entreprendre du tout dans les fractures anciennes non consolidées que de prescrire les remèdes incertains dont il est question.

Au lieu cependant de condamner sans examen suffisant le procédé du *frottement méthodique* des fragmens, Boyer et plusieurs autres n'auraient-ils pas mieux fait de mettre à l'épreuve une pareille médication, tant recommandée d'ailleurs par les anciens, et particulièrement par Celse ? Nous allons voir, en effet, que, parmi les autres remèdes efficaces que plusieurs praticiens recommandables emploient de nos jours contre l'infirmité dont il s'agit, le frottement des fragmens, tant blâmé par quelques-uns, compte parmi nous des succès incontestables.

Un premier point à établir avant d'aller plus loin sur cette matière est relatif aux formes différentes qu'affecte la maladie ; car c'est de cette connaissance que découlent les applications spéciales des procédés que nous allons décrire. Or, d'après nos propres recherches sur ce point de pathologie, les articulations surnuméraires se présentent sous six variétés très-distinctes (1).

1° Existence d'un cal incomplet. Dans ce cas, l'examen chirurgical de la fracture indique la présence d'une tumeur informe autour des fragmens, formée par une sorte de matière plastique, ou plutôt de gâchis organique, qui n'affermit pas encore suffisamment la fracture. Les manœuvres de cet examen déterminent de la douleur ; circonstance fort importante à noter pour notre sujet.

2° Absence de tout travail de cal et de toute réunion. Dans cette variété, que nous avons rencontrée à l'humérus, les fragmens sont presque pointus, entièrement cicatrisés, insensibles, très-mobiles sous la peau. On peut sur le vivant les faire mouvoir sans inconvénient dans différentes directions, les faire proéminer beaucoup sous les tégumens sans douleur et jouer avec eux, à peu près comme deux baguettes de tambour. L'articulation du coude était complétement ankylosée dans un de ces cas ; circonstance extrêmement importante à noter, car elle contre-indique quelquefois la guérison de la fausse articulation.

3° Fausse articulation, retenue par des bandes ligamenteuses qui passent d'un fragment à l'autre, constituant une sorte de jonction, que les anciens appelaient articulation par synévrose. Dans ces cas, le canal médullaire est oblitéré dans les deux bouts, les surfaces des fragmens sont plus ou moins arrondies, atrophiées, et donnent naissance aux bandes fibreuses de nouvelle formation. La mobilité artificielle des fragmens est ici très-bornée, et le membre peut être de quelque utilité.

4° Capsule fibreuse accidentelle, entourant les extrémités des fragmens dans toute leur circonférence. Dans cette espèce de fausse articulation, le membre peut servir jusqu'à un certain point ; les fragmens ne peuvent être déplacés qu'à peine par la main du chirurgien ; les surfaces osseuses, plus ou moins atrophiées et arrondies, sont couvertes d'une sorte de fausse membrane qui fait l'office de synoviale accidentelle.

5° Ossifications stalactiformes et accidentelle autour des deux fragmens mobiles. Ces ossifications périphériques ont leur naissance, soit dans la substance même des fragmens, soit dans les tissus fibreux de nouvelle formation qui les joignent ensemble. Elles bornent jusqu'à un certain point les mouvemens de la brisure anormale du membre.

6° Enfin, formation accidentelle d'une cavité osseuse, dans laquelle glisse assez facilement une tête ronde de l'autre fragment osseux, et le tout renforcé et lubrifié par des tissus nouveaux, qui imitent jusqu'à un certain point un appareil articulaire normal. Cette variété, qui est la plus rare de toutes, à été plusieurs fois observée dans les os de l'avant-bras et à l'humérus (Bayle, Monteggia, Sue, etc.).

Nous omettons à dessein d'indiquer ici certaines espèces d'articulations supplémentaires, dans lesquelles les surfaces osseuses sont cariées, remplies de masses cancéreuses, de corps hydatiques, etc. ; ces cas sortent tout-à-fait de la catégorie thérapeutique dont nous voulons traiter dans ce moment.

Si l'on médite maintenant avec attention la classification que nous venons d'établir, l'on verra les indications curatives se présenter pour ainsi dire d'elles-mêmes dans les différentes espèces de fausses articulations. Il est évident, en effet, que, dans la première variété où l'on reconnaît une espèce de cal imparfait et languissant, toute opération sanglante ne serait que pernicieuse et inutile. L'expérience a prouvé dans ces circonstances que le repos très-prolongé au lit du membre et du corps du malade, la coaptation très-exacte des fragmens, et un traitement constitutionnel approprié aux circonstances de la maladie, ont presque toujours suffi pour procurer la consolidation consécutive de la fracture. On pourrait tout au plus appliquer quelques moxas autour du cal, dans le but de hâter ou de ranimer le travail organique, ainsi que le pratique M. Larrey. Il est évident aussi que toute opération chirurgicale est contre-indiquée dans les cas où la nouvelle articulation est suffisamment assujétie par les tissus fibreux accidentels qui l'entourent : ce qui est reconnaissable au peu de mobilité et de liberté des fragmens. Dans cette occurrence, loin de faire encourir au malade les chances d'une opération, plusieurs chirurgiens modernes préfèrent avec raison aider la nature en renforçant ces mêmes liens fibreux qui joignent ensemble les deux fragmens ; ils embrassent par conséquent la brisure anormale dans une sorte d'anneau ou de bracelet solide, appliqué extérieurement sur le membre, de ma-

(1) Nous adoptons ici la nomenclature de Béclard, qui appelait *surnuméraires* les fausses articulations des fractures pour les distinguer de celles qui arrivent après les luxations non réduites, qu'il nommait *supplémentaires*.

nière à effacer plus ou moins les mouvemens de la fausse articulation. On redonne par là au membre une grande partie de sa solidité et de sa force.

Un malade traité de la sorte par Monteggia d'une articulation supplémentaire des deux os de l'avant-bras, pouvait se servir parfaitement de son membre pour tous les usages de la vie. Tout l'appareil, dans ce cas, a consisté dans une sorte de bracelet en cuir très-résistant, qui embrassait solidement les fragmens dans une grande étendue. Un autre malade, que Wandrop avait inutilement traité à l'aide du séton pour une fausse articulation du fémur, a recouvré une grande partie des fonctions de la cuisse par l'emploi d'une sorte de virole métallique bien rembourrée, posée sur le membre de manière à serrer les deux fragmens à la fois. Ce malade pouvait, à l'aide de ce mécanisme, marcher assez librement en s'aidant d'une canne seulement. Ce mode de traitement, qui ne doit point être oublié par les praticiens, ne s'applique, comme on le voit, qu'à des cas exceptionnels, ou plutôt aux articulations supplémentaires les mieux conditionnées.

Mais dans tous les autres cas où les ressources ci-dessus sont inapplicables, le chirurgien aura recours à l'un des procédés suivans, qu'il choisira, en suivant l'ordre que nous indiquons dans cette exposition.

Le frottement méthodique des fragmens. L'opérateur élève le membre malade en l'air, le fait soutenir par un ou plusieurs aides, embrasse à pleine main chaque bout de la fracture, et fait étendre un peu, afin d'affronter exactement les surfaces des deux fragmens ; puis il frotte doucement une surface sur l'autre, en les portant dans une direction opposée transversalement. Ce frottement sera continué pendant cinq, dix ou vingt minutes, suivant la sensibilité que le malade témoigne. Le lendemain et les jours suivans, on répétera la même manœuvre, plus ou moins rudement, jusqu'à ce que les surfaces osseuses paraissent très-sensibles et qu'une sorte de gonflement phlegmoneux et de fièvre locale se déclare dans les parties molles qui entourent la fracture. Alors le membre est posé dans un appareil contentif solide, les fragmens étant d'ailleurs parfaitement réduits, le membre sera tenu dans la coaptation et dans le repos le plus parfait. On attend deux ou trois mois avant de s'assurer si la consolidation a lieu, et l'on se conduit en conséquence ; on persévère, si les choses tournent bien ; dans le cas contraire, on répète plus exactement la même opération, ou bien on a recours au second procédé que nous allons indiquer. Le frottement a, dans ces derniers temps, été essayé six fois, à notre connaissance, sur des fractures non consolidées très-anciennes dans des membres à un os, comme au bras et à la cuisse, et toujours avec un succès très-complet. La facilité d'exécution, l'absence absolue d'accidens consécutifs, et surtout l'efficacité de cette médication, lorsqu'elle est convenablement dirigée, nous déterminent à lui assigner la première place parmi tous les autres remèdes que nous allons signaler. Nous croyons même que c'est toujours par ce moyen qu'on devrait commencer dans le traitement des espèces de fausse articulation dont il s'agit, et qu'aucun autre ne devrait être essayé avant qu'on eût constaté l'insuffisance de celui-ci. Il va sans dire enfin que, si la réaction du frottement était trop forte, il faudrait la modérer par les moyens antiphlogistiques connus.

Les injections stimulantes à la surface des deux fragmens forment aujourd'hui une des ressources les plus précieuses dans le traitement des articulations supplémentaires. Le membre est placé comme dans le cas précédent, et ses fragmens réduits par les aides. Le chirurgien perce le membre avec un trois-quarts droit vis-à-vis la fracture, pénètre entre les fragmens, retire le stylet, et y injecte par la canule une solution de nitrate d'argent, ou bien de l'eau très-chaude, du vin chaud, de l'alcool affaibli, etc. Cette injection ne doit faire qu'entrer et sortir ou n'y demeurer que fort peu. On ôte ensuite la canule, et l'on met le membre dans un appareil inamovible, *ut supra*. On répétera l'opération, si on le juge nécessaire. Si cependant la fausse articulation avait succédé à une fracture compliquée, et qu'il y eût en même temps une ou plusieurs fistules communiquant avec la nouvelle brisure, on pourrait profiter de ces deux ouvertures accidentelles pour pratiquer les injections dont il s'agit. Cette dernière pratique a réussi parfaitement au docteur Hulse dans un cas de fausse articulation de l'humérus.

La cautérisation des deux surfaces de la fausse articulation est aussi de nos jours employée avec un succès remarquable dans le traitement de ces lésions. On connaît deux procédés à cet égard. Le premier appartient à M. Mayor ; il consiste à pénétrer entre les fragmens avec un trois-quarts, à retirer ensuite le stylet, l'échauffer fortement dans de l'eau bouillante, et le reporter enfin dans la canule, pour le mettre en contact immédiat, pendant quelques instans, avec les deux surfaces de la fausse articulation. Le traitement consécutif est comme ci-dessus. Ce procédé du chirurgien de Lausanne nous paraît si ingénieux, si simple et facile, il a été si efficace dans deux cas d'anciennes fractures du fémur, où il a été essayé, que nous ne craignons pas de le mettre beaucoup au-dessus du séton et de la résection. Pour notre propre compte, après le frottement, nous ne choisirions que le procédé en question, si nous avions à traiter une de ces infirmités. L'autre procédé a été indiqué et pratiqué aussi avec succès par le docteur Hewson ; il résulte de l'application immédiate de quelques morceaux de potasse caustique entre les deux fragmens, qu'on y porte avec une pince, après avoir pratiqué une incision préalable qui pénètre jusqu'au foyer de la fracture. Ce caustique est laissé en place ; il détermine des escarrhes et une nécrose plus ou moins superficielle ; la suppuration consécutive et la chute des escarrhes doivent provoquer le développement des bourgeons charnus et du travail plastique nécessaires à la consolidation de la fracture. Ce dernier procédé nous paraît moins avantageux que le précédent.

Le séton métallique a été imaginé par le docteur

Sommé pour remplacer avantageusement le séton végétal dont on se sert communément dans le traitement des fausses articulations. Ce séton est accompagné de circonstances telles, et il diffère tellement du séton ordinaire connu, qu'on peut le considérer comme un procédé nouveau. Voici en quoi cette médication consiste On perce le membre de part en part avec un long trois-quarts, qu'on fait passer entre les fragmens; on y glisse par la canule un long fil d'argent recuit, puis on retire entièrement le trois-quarts et on le plonge de nouveau à deux pouces à côté de la première ouverture, en le faisant passer encore entre les fragmens; alors on retire le poinçon et l'on passe dans la canule l'un des chefs du fil d'argent, enfin on ôte tout-à-fait la canule, en y laissant le fil. De cette manière, le membre se trouve perforé par quatre trous remplis par un même fil. Ce fil, passé et repassé de la sorte par les deux trajets, présente donc ses deux chefs d'un même côté du membre et une anse du côté opposé. Eh bien! cette espèce de point de suture étant passé dans toute l'épaisseur du membre, le docteur Sommé divise parallèlement au fil le pont de parties molles qui répond à l'anse du séton, et pénètre ainsi couche par couche avec le bistouri jusqu'au foyer de la fracture; il en résulte une plaie de deux pouces environ de largeur et d'une profondeur égale à celle de la fausse articulation; alors il tire doucement les deux chefs du séton qui sont du côté opposé du membre, et l'anse métallique est portée par conséquent sur les surfaces mêmes de la fracture, où on la laisse en permanence. Cette manœuvre étant terminée, la plaie ci-dessus mentionnée est réunie par première intention; elle se cicatrise en peu de jours. Il ne reste alors de toute l'opération que deux seuls trous du même côté du membre, qui donnent issue aux deux chefs métalliques du séton. Ces deux chefs sont remués de temps en temps, de manière à déplacer légèrement l'anse profonde. Lorsqu'on aperçoit que la réaction plastique est suffisamment établie, on tire petit à petit les deux chefs; l'anse s'approche par conséquent de la peau. On coupe enfin l'un des chefs du fil près de l'ouverture extérieure, et l'on retire en même temps l'autre chef; ce qui ne peut offrir aucune difficulté. Ce procédé nous paraît présenter beaucoup d'avantages sur le séton végétal ordinaire; il a parfaitement réussi dans le seul cas, à la cuisse, où il a été mis en usage jusqu'à ce jour. Nous ne le préférons pas cependant au procédé de M. Mayor, que nous venons de décrire.

Il résulte des considérations qui précèdent 1° que les fractures terminées par fausse articulation présentent un plus grand nombre de variétés que les auteurs n'avaient indiqué jusqu'à ce jour; 2° que c'est de cette connaissance que dépend la juste application de la thérapeutique qui leur convient; 3° que la chirurgie possède aujourd'hui un plus grand nombre de ressources à cet égard qu'on ne le croit communément; 4° Enfin qu'il n'y a pas jusqu'à ce jour une médication générale qui soit indistinctement applicable à toutes les espèces de fausses articulations. X.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Des eaux minérales purement artificielles.

Limonade gazeuse. Cette eau forme une boisson très-agréable et très-rafraîchissante. On introduit dans chaque bouteille deux onces de sirop de limon, et l'on remplit d'eau gazeuse à la manière ordinaire.

Quand les limonades gazeuses doivent être conservées long-temps, lorsque, par exemple, elles deviennent l'objet d'expéditions lointaines, elles ont besoin d'être mutées pour se conserver; on y parvient en introduisant dans chaque bouteille, avant de les remplir d'eau, une dissolution contenant un grain de sulfite de soude. Elles peuvent alors être gardées indéfiniment, et, au bout de quelque temps surtout, la saveur propre au sulfite a complétement disparu.

On prépare de même des limonades avec les sirops de groseilles, framboises, vinaigre, grenades, etc.

Soda water.

Bicarbonate de soude.	20 grains.
Eau gazeuse à 5 volumes.	20 onces.

Cette eau est employée comme moyen de faciliter les digestions.

Poudre de Seltz.

Acide tartrique.	24 grains.
Bicarbonate de soude.	24 grains.

On divise l'acide tartrique en douze paquets égaux, que l'on fait avec du papier blanc. On divise également le bicarbonate de soude, que l'on fait avec du papier bleu.

On dissout l'acide tartrique dans un verre au tiers plein d'eau; on ajoute le bicarbonate de soude; l'on agite, et l'on boit pendant que l'effervescence se fait.

On fait une liqueur qui se rapproche de l'eau de Seltz en introduisant dans une bouteille de vingt onces, pleine d'eau, huit grains de bicarbonate de soude et six grains d'acide citrique cristallisé, et bouchant de suite. La liqueur contient du citrate de soude qui a peu de saveur et peu d'action médicale.

Eau alcaline gazeuse.

Bicarbonate de potasse.	4,44 grammes.
Eau gazeuse à 5 vol.	6,25

Chaque once de liquide contient quatre onces de bicarbonate alcalin. Cette eau est employée surtout pour dissoudre les graviers d'acide urique dans les reins ou la vessie.

Eau magnésienne gazeuse.

Magnésie blanche.	6 gramme
Eau pure.	1 litre.
Acide carbonique.	6

Il faut employer la magnésie encore humide, vu qu'elle se dissout moins bien après qu'elle a été séchée : à cet effet on précipite du sulfate de magnésie à l'ébullition par un excès de carbonate de soude ; on recueille le précipité, on le lave avec soin et on le fait égoutter sur une toile ; on prend un certain poids de ce précipité, on le sèche, on le calcine et on le pèse de nouveau. Le produit est de la magnésie pure, dont une partie en poids représente deux parties et demie de magnésie blanche supposée à l'état sec. On délaie ce précipité dans l'eau, l'on charge d'acide carbonique, et, après vingt-quatre heures de contact, on met en bouteilles. L'appareil de Genève est plus convenable pour cette préparation que celui de Bramah.

Chaque bouteille de vingt onces contient sensiblement un gros de magnésie blanche en dissolution.

Il faut un peu plus de treize grammes de sulfate de magnésie cristallisé pour produire six grammes de magnésie blanche.

Eau iodée.

	N° 1	N° 2	N° 3
Iode.	3/4 grain.	1 grain.	1 1/4 grain.
Iodure de potass.	1 1/2	2	2 1/2
Eau pure.	8 onces.	8 onces.	8 onces.

Bains iodurés pour les enfans.

	N° 1	N° 2	N° 3
Iode.	48 grains.	60 grains.	96 grains.
Iodure de potassium.	96	120	192
Eau distillée.	6 onces.	6 onces.	6 onces.

On verse la dissolution dans le bain au moment d'en faire usage.

Pour les adultes.

	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4
Iode.	2 gros.	2 1/2 gros.	3 gros.	4 gros.
Iodure de potass.	4	5	6	8
Eau	6 onces.	6 onces.	6 onces.	6 onc.

Toutes les formules relatives à l'emploi de l'iode en boissons ou en bains, sont de M. Lugol, médecin de l'hôpital Saint Louis.

Bains alcalins.

Carbonate de soude cristallisé. 4 livres.
Eau, suffisante quantité pour un bain.

On fait dissoudre le carbonate de soude à chaud dans une partie d'eau, et on verse la dissolution dans la baignoire.

On emploie ces bains contre quelques maladies de la peau.

Bains acides.

Acide hydrochloriq. ou nitro muriatiq., de 4 à 10 onces,
Eau, suffisante quantité pour un bain.

On emploie, suivant l'indication du médecin, l'une ou l'autre formule ; on commence par la plus petite dose d'acide, que l'on élève successivement jusqu'à la plus forte.

Ces bains sont employés pour combattre quelques affections cutanées

Bains gélatineux.

Gélatine (Colle de Flandre). 2 livres.
Eau, suffisante quantité pour un bain.

On fait dissoudre la colle à chaud dans une partie d'eau, et on mêle la dissolution au bain. Ces bains sont employés comme adoucissans dans quelques cas d'irritation de la peau et certaines maladies de cet organe.

Bains aromatiques.

Origan.	1/2 livre.	Sauge.	1/2 livre.
Thym.	1/2 livre.	Romarin.	1/2 livre.
Menthe.	1/2 livre.		

On hache les plantes, et on verse sur elles un seau d'eau bouillante ; après une heure d'infusion, on mêle la liqueur à l'eau du bain. On peut encore ajouter une certaine quantité d'une eau spiritueuse aromatique, comme l'eau vulnéraire ou l'eau de Cologne.

SOUBEIRAN.

N° 20. — 30 OCTOBRE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU DELIRIUM TREMENS ET DE SON TRAITEMENT.

Rien ne proclame plus hautement la nécessité de varier les médications que les différences observées dans le mode d'action des diverses causes morbides. Quoi qu'en aient dit les partisans de l'irritation simple, chaque stimulant modifie les organes à sa manière, et non-seulement il en est qui s'adressent de préférence à tel ou tel organe en particulier ; tels sont la digitale, le seigle ergoté, la belladone, etc., mais encore, parmi ceux qui affectent le même organe, il en est plusieurs qui manifestent une action propre, révélée par la physionomie spéciale des phénomènes provoqués. C'est ainsi que l'opium et le tabac, la jusquiame et le datura-stramonium, qui tous rentrent dans la classe des médicamens narcotiques, affectent néanmoins l'encéphale chacun à sa manière ; fait d'observation que la thérapeutique ne doit pas perdre de vue et dont elle peut, dans certains cas, tirer profit.

Des expériences modernes ont fait voir que, loin d'agir toujours par sympathie, les matières ingérées dans l'estomac sont portées en substance dans les divers points de l'économie, d'où l'analyse peut les extraire. C'est ainsi que MM. Flourens et Ségalas ont reconnu l'action directe de l'alcool et de l'opium sur l'encéphale ; fait de physiologie expérimentale, qui jetterait peut-être quelque lumière sur la cause et le traitement

de l'affection qui va faire le sujet de cet article, si c'était ici le lieu de nous livrer à des digressions théoriques sur le mode d'action des modificateurs de diverses natures, appliqués aux organes primitivement affectés par l'un ou par l'autre. De tous les axiomes hippocratiques, l'aphorisme *contraria contrariis* est et sera longtemps, n'en déplaise aux sectateurs d'Hahnemann, un des plus féconds en applications curatives. Arrivons aux faits.

Julien, âgé de cinquante six ans, de forte constitution, haut en couleur, adonné à l'abus des alcooliques, faisant le métier de journalier, entre à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer) le 16 septembre 1835. Il est affecté d'érysipèle de la face, occupant le nez et les joues, d'intensité médiocre, avec plénitude et fréquence du pouls; facultés intellectuelles intactes. Le 17, saignée du bras. Le 18, l'érysipèle n'est pas plus étendu que la veille, la desquammation commence même à s'opérer; le pouls a moins de fréquence et d'élévation, la chaleur est moins vive; on est donc étonné de trouver le malade dans un état de délire caractérisé par une extrême loquacité roulant sur ses détails domestiques, et notamment sur son goût favori pour les liqueurs; la face est épanouie, les yeux sont brillans, incertains; le malade est agité; les mouvemens des bras et des mains sont accompagnés d'un tremblement notable. A ces symptômes, un observateur superficiel eût pu diagnostiquer une métastase de l'érysipèle sur les méninges; mais M. Rayer, ayant égard 1° à la diminution ou du moins à la stase des phénomènes inflammatoires et fébriles; 2° au caractère du délire, gai, portant sur une série d'idées suivies et relatives aux habitudes favorites; 3° aux antécédens du malade; 4° enfin au phénomène du tremblement des membres, reconnaît le *delirium tremens*, délire des ivrognes. En conséquence il prescrit un grain et demi d'opium en trois pilules. Le lendemain, le malade a joui d'un bon sommeil, la raison est revenue, les mouvemens sont plus assurés, le facies est naturel, sauf les vestiges de l'érysipèle en voie de résolution; le pouls est à peu près normal; tout est rentré dans l'ordre.

Nous admirions la précision du diagnostic dans ce cas remarquable; mais M. Rayer nous dit que ce n'était pas le premier de ce genre qu'il eût observé. Il nous raconta que, chez un autre malade affecté de pneumonie et traité par les saignées, un pareil accès de délire s'était manifesté et donnait de la crainte aux personnes qui suivaient la clinique. Ayant égard aux circonstances que nous avons mentionnées, il soupçonna le delirium tremens, administra l'opium, et le délire disparut.

Cette apparition du delirium tremens, comme phénomène intercurrent dans les maladies aiguës, n'a pas été suffisamment signalée. Selon M. Rayer, la prédisposition étant donnée, une maladie quelconque devient cause déterminante, de même qu'une vive impression morale, qui parfois précède et détermine l'invasion du délire. Dans les deux cas que nous venons de rapporter, il est à remarquer que le délire s'est manifesté après la saignée; ce qui tendrait à prouver expérimentalement que le délirium tremens n'est pas de nature inflammatoire; car, au lieu de le provoquer, les saignées devaient avoir eu pour effet de le prévenir. Nous profiterons de cette occasion pour faire à nos lecteurs l'histoire abrégée de cette rare et singulière maladie.

Le *delirium tremens* (Sutton), *délirium ebriositatis* (Blake), *encephalitis tremefaciens* (G. Frank), *dipsomanie*, *œnomanie*, *délire des ivrognes*, etc., est une maladie assez rare en France, tandis qu'elle est assez commune en Angleterre et en Amérique; ce qu'on attribue, avec assez de vraisemblance, à l'abus que les habitans de ces derniers pays font des alcooliques, tels que le rhum, le tafia, le genièvre, etc. Sans nier cette différence, nous croyons pourtant, avec M. Calmeil, qu'on l'a exagérée, parce que, sans doute, on confond souvent chez nous le délirium tremens avec les irritations franches de l'encéphale. Bien qu'on s'accorde généralement à l'envisager comme le résultat de l'ivrognerie, il y a cependant quelques dissidences, et M. Roche, avec l'école physiologique, pense qu'il peut résulter de toute autre stimulation du système nerveux; d'autres l'ont assimilé au délire traumatique, à l'épuisement nerveux, etc.; mais, à notre avis, ce genre de délire diffère assez des autres, par sa cause et sa physionomie, pour constituer une affection spéciale. Le délirium tremens peut survenir spontanément et d'emblée chez les ivrognes, et cette forme est la plus facile à reconnaître; mais souvent il surgit dans le cours d'une maladie, comme l'ont fort bien remarqué Blake, Ware, M. Rayer et autres; et c'est alors que le diagnostic peut échapper aux praticiens préoccupés du système de l'irritation, qui ne voient alors dans l'apparition du délire qu'une migration de l'affection première sur les enveloppes du cerveau. Selon Blake, le délirium surviendrait alors, non par le fait de la maladie, mais par suite de la diète qu'elle nécessite; pour lui la véritable cause est la suspension de l'usage des liqueurs; aussi verrons-nous qu'il considère ces dernières comme un des moyens curatifs. Le délire, dit-il, survient cinq jours environ après la suspension de l'usage des alcooliques. L'âge adulte est celui qui prédispose le plus à cette maladie. Les femmes et les enfans en sont exempts, dit-on; ce qui s'explique par la tempérance propre à l'enfance et au sexe.

Les praticiens anglais, qui plus particulièrement ont étudié cette maladie, l'ont divisée en plusieurs périodes. Blake en distingue trois : dans la première, ou d'*épuisement*, il y a lenteur du pouls, froid des extrémités, crampes, tremblement nerveux des mains et de la langue, abattement. L'apparition du *délire* marque l'invasion de la seconde période : alors pouls accéléré, égarement, visions bizarres, parfois effrayantes, loquacité; néanmoins le malade répond juste aux questions. Enfin arrive le *sommeil*, ou troisième période, qui marque la crise ou la terminaison de l'accès. Si pourtant le sommeil ne soulage pas, il survient des symptômes d'ataxie auxquels le malade peut succomber. M. Calmeil admet deux périodes : l'une de *prédisposition*, et l'autre de *délire*. Certes ces distinctions sont fondées

en réalité, mais sont-elles bien utiles en pratique? La période d'épuisement ou de prédisposition échappe souvent au diagnostic; la période de sommeil est déja la cessation de la maladie, et le mot *délirium* lui-même indique que le délire constitue à lui seul le corps de la maladie.

Nous avons fait pressentir que le point le plus important peut-être de l'histoire du délirium tremens réside dans l'établissement du diagnostic, c'est-à-dire dans la difficulté de le reconnaître. L'intempérance connue des malades est déjà, sans doute, un précieux document; mais l'intempérance prédispose également aux inflammations franches, et combien d'ivrognes qui ne sont jamais affectés du délirium! Nous avions lieu de croire, d'après la physionomie des symptômes dans les quelques cas que nous avons observés, que ce délire pouvait être distingué par la nature des hallucinations riantes et bachiques, ainsi que par l'expression épanouie, mobile de la face, et l'intarissable loquacité du malade; mais Blake dit avoir observé des visions effrayantes, des idées mélancoliques; et nous nous rappelons fort bien avoir vu, dans les salles de M. Cayol, un malade en proie à un délire furieux. C'est pourquoi quelques auteurs, M. Esquirol, entre autres, ne voient dans cette affection qu'une variété de la manie. En vain Blake s'est efforcé de différencier ces deux affections en établissant que chez les ivrognes le délire a surtout lieu la nuit; on sait qu'il est des maniaques qui vocifèrent nuit et jour et des ivrognes qui délirent jour et nuit. Quant au tremblement de la langue et des mains, on sait qu'il accompagne les fièvres graves, l'intoxication métallique, l'épuisement nerveux, aussi bien que l'œnomanie. Mais les exceptions ne détruisent pas la règle, et, pour les praticiens exercés, l'ensemble des circonstances, basées sur la nature de la cause, la physionomie du délire, la coïncidence du tremblement particulier, l'état des fonctions, le peu de durée de la maladie et l'action des remèdes, laisse peu de chance à l'erreur.

La durée moyenne du délirium tremens, selon Blake, est de quatre à huit jours (la période du délire durerait de deux à trois jours); selon M. Calmeil, elle serait de cinq à six jours. Léveillé dit l'avoir vu persister de quinze jours à six semaines.

Relativement au pronostic, Ware, Georget, MM. Esquirol et Calmeil considèrent le délirium comme peu grave et guérissant spontanément. MM. Duméril, Guersent, Rayer, ont vu guérir tous les malades. Cependant Sutton en a perdu quatre sur trente-deux; de dix cas observés par Blake, un fut suivi de mort. Beaucoup de praticiens disent avoir observé ce résultat funeste. Selon Ware, et dans notre opinion, la mort n'arrive que par l'effet de complications, et non comme résultat direct de la maladie; ces complications sont l'apoplexie, la paralysie, l'ataxie, etc.

Quant aux lésions anatomo-pathologiques, Sutton admettait, mais par simple supposition, l'injection des méninges. Blake a trouvé de la sérosité dans la cavité des méninges et des ventricules, mais sans trace d'inflammation ni d'aucune lésion dans d'autres organes. Selon Ware, M. Rayer et la plupart des observateurs, l'autopsie ne révèle rien. Dans le seul cas observé par M. Calmeil, l'encéphale fut trouvé parfaitement sain. Un docteur anglais, Baron, a cru voir dans cette affection une gastro-entérite, sur ce que les antiphlogistiques lui ont réussi dans vingt-deux cas, preuve sur l'insuffisance de laquelle nous n'insisterons pas.

Le traitement du délirium tremens a soulevé beaucoup de dissidences, dues sans doute à l'idée que chacun s'est formée de la nature et de la gravité de cette maladie; tant il est vrai que la théorie influe directement sur la pratique. On peut diviser les opinions à cet égard en quatre catégories: les uns se bornent à l'expectation; d'autres sont partisans des antiphlogistiques; les troisièmes préconisent l'opium; les derniers enfin adoptent une méthode mixte.

1° Certains partisans de l'*expectation* administrent pourtant des remèdes, comme par condescendance; ainsi Ware, qui prétend que la maladie abandonnée à elle-même n'en est pas plus grave, a cependant préconisé la saignée aux dépens de l'opium. Georget et M. Esquirol nient l'efficacité de l'opium et prétendent que la guérison a toujours lieu spontanément. M. Calmeil conseille de s'abstenir de remèdes, à moins que la maladie ne se prolonge au-delà de six jours. Pour faire apprécier cette méthode, il suffira de quelques réflexions: que la maladie guérisse le plus souvent d'une manière spontanée, le fait est notoire; mais est-il donc indifférent pour le malade de laisser se prolonger une maladie même bénigne, alors qu'il est possible de l'abréger? Nous avons vu que le délirium peut se prolonger de quinze jours à six semaines, et sans exagérer l'organicisme; n'est-il pas à craindre qu'un trouble aussi prolongé ne crée quelque altération incidente dans un organe quelconque? Telle est l'origine probable de certaines complications. Il est du devoir du médecin d'abréger et de soulager les maux que la nature seule peut guérir, mais plus ou moins lentement. Voyons donc s'il existe quelque chose de mieux que l'expectation.

2° Dans l'esprit de beaucoup de médecins, la *saignée* passe non-seulement pour inefficace, mais encore pour dangereuse; nous avons vu le délirium se développer à la suite des saignées. Cependant Ware et quelques autres ont préconisé les évacuations sanguines. Nous avons vu le docteur Baron guérir vingt-trois malades par les antiphlogistiques; enfin M. Calmeil pense qu'on a exagéré l'efficacité de l'opium et proscrit la saignée d'une manière trop exclusive. Nous pensons aussi qu'elle peut parfois convenir aux individus pléthoriques, atteints ou menacés de véritables phlegmasies; mais nous ne pensons pas qu'elle s'adresse à la cause formelle du délire. Ajoutons que la plupart des partisans de la saignée n'ont pas répudié les autres moyens, et rentrent par conséquent dans notre quatrième catégorie.

3° Les partisans de l'*opium* sont, sans contredit, les plus nombreux: Sutton un des premiers nosographes du délire des ivrognes, recommande de l'administrer à doses graduées, jusqu'à somnolence: Blake, autre au-

torité puissante, recommande l'opium à faible dose dans la période d'imminence, et à haute dose lorsqu'apparaît le délire. Wittcke cite un cas de guérison par sept grains et demi d'opium, administrés dans l'espace de sept heures, et suivi de récidive, également guérie par vingt-trois grains et demi d'opium en dix huit heures. Au dire de M. Guersent, les Anglais, qui en font un usage général, associent l'opium à l'émétique, dans le but d'amener la crise par diaphorèse, et M. Guersent lui-même approuve l'opium, ainsi que Léveillé, qui le prescrivait à hautes doses à toutes les périodes. Nous avons vu quelle est la confiance de M. Rayer dans ce remède, administré à dose modérée. Enfin M. Calmeil conseille l'acétate de morphine par quarts de grain, à l'intérieur, passé le sixième jour. Nous nous prononçons nous-même pour l'opium, non par obséquiosité pour tant et de telles autorités, mais par conviction résultant des fais, peu nombreux, il est vrai, que nous avons observés. Remarquez que ce remède empirique devient rationnel, si l'on considère que le sommeil formant la crise terminale de l'accès, il est tout naturel de hâter la période soporeuse.

4° Les partisans de la méthode *mixte* sont ceux qui font, comme on dit, la médecine du symptôme. Hufeland a vu la dipsomanie guérie par le retour à l'usage des liqueurs fortes; Blake, à son exemple, et prenant en considération le tempérament, les habitudes, l'état moral, etc., recommande, dans la première période, une alliance assez indigeste d'alcooliques et d'anodins, d'affusions et de bains chauds; à l'époque du délire, encore les stimulans, puis l'opium à haute dose, le calomel et les bains chauds; il respecte la période de sommeil. Cramer, Andersback, recommandent la saignée, les acidules, l'éther, l'opium. Enfin M. Calmeil, eu égard à la prédominance de tel ou tel symptôme, tolère la saignée, les vomitifs et les purgatifs, aussi bien que les anodins. Loin de nous l'idée de critiquer un pareil éclectisme, auquel nous sacrifierions nous-même dans l'occurrence; néanmoins l'opium à dose soporifique reste pour nous le remède le mieux indiqué contre le délirium tremens, en tant qu'affection simple.

FORGET.

Quelques mots sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans quelques obscurcissemens de la cornée.

Dans un article de ce recueil, j'ai déjà fait connaître les propriétés curatives de l'huile de foie de morue dans les affections rhumatismales et vermineuses.

Aujourd'hui je viens signaler les bons effets que l'on retire de son usage dans les obscurcissemens de la cornée transparente, soit que ceux-ci dépendent d'une légère ulcération, soit qu'ils soient le produit d'un épanchement inter-lamellaire. L'usage de l'huile de foie de morue est commun dans le nord pour les affections rhumatismales, et les professeurs Græfe et Ammon l'ont employée avec succès pour combattre les affections de l'œil compliquées de rhumatisme. Le résultat de leurs médications a été consigné dans le compte rendu de la clinique de Berlin de 1832 et dans le journal ophthalmique du professeur de Dresde.

Je l'ai moi-même mis en usage avec beaucoup de succès, non-seulement dans les affections de cette nature, mais encore dans les obscurcissemens de la cornée transparente.

L'usage des huiles n'est pas nouveau dans les traitemens des nuages et des albugo-cornéens; car l'huile vieille de noix a été recommandée contre eux dès les temps les plus reculés, et l'on aurait tort de révoquer en doute les guérisons obtenues par ce moyen. Dans le nord, on emploie l'huile vieille de poisson pour les mêmes maux. De nos jours, le docteur Clesius de Coblentz, a retiré d'excellens résultats de l'huile de grillon domestique.

L'huile de foie de morue a-t-elle une vertu spécifique? je ne le crois point; mais elle a une vertu réelle qui se manifeste par des résultats curatifs et par des effets physiques. Quand on place sur un taie ou sur un léger albugo un peu d'huile de morue avec l'extrémité d'un pinceau de poil de martre, il se manifeste tout aussitôt une cuisson assez vive, pénétrante, qui dure de huit à dix minutes, malgré l'abondante sécrétion de larmes que produit la médication; et celles-ci, en passant par les points lacrymaux, apportent dans les fosses nasales l'odeur caractéristique du médicament. L'action de cette huile, comparée à celle de l'huile de noix, a paru aux malades deux fois plus forte, quant à son action et à sa durée.

Pour peu qu'on ait l'habitude du traitement des maladies des yeux, on pressent que ce médicament ne peut ni ne doit être employé que lorque l'inflammation est tout-à-fait abattue. Il faut surveiller l'action du médicament, pour qu'il ne dépasse pas le but que l'on se propose, c'est-à-dire la résolution des liquides épanchés dans les lames de la cornée.

Dans quelques cas, l'on est même obligé de mitiger l'huile de morue, quoique ce soit de la blonde, par l'addition d'huile d'amandes douces.

Quand l'huile blonde ne produit pas une cuisson et une astriction suffisantes, l'on passe à l'huile brune, dont l'action est plus vive.

Dans tous les cas, il faut commencer par toucher une ou deux fois par jour, puis l'on augmente le nombre des médications au fur et à mesure que l'œil s'habitue à leur action.

Nous citerons les faits suivans à l'appui de ce que nous venons de dire :

I. M. Soubeiran, fils du colonel de ce nom, atteint depuis deux ans environ d'une ophthalmie scrofuleuse très-intense, fut radicalement guéri par le traitement interne et externe que je lui fis subir. De toute cette maladie si longue et si rebelle il ne restait qu'une légère opacité du centre de la cornée de l'œil droit. La plupart des résolutifs connus ayant été employés sans succès, j'employai l'huile brune de morue, de la manière indiquée ci-dessus, et en quelques semaines tout nuage avait

disparu. Ce malade m'avait été adressé par le docteur Deleau.

II. Mlle Lallemand, fille du célèbre général, née aux États-Unis, d'une mère très-blonde et lymphatique, avait, depuis sa plus tendre jeunesse, des conjonctivites catarrho-strumeuses, à la suite desquelles il restait toujours des nuages de la cornée et des prédispositions aux récidives. La puberté n'avait que fort peu modifiée cet état, lorsqu'elle me fut présentée par M. le docteur Clark, son beau-père.

Après avoir reconnu l'état de chronicité de la maladie, je lui conseillai l'usage long-temps prolongé de l'huile de morue en application, et la guérison a été complète et exempte de récidive.

III. La portière du général de Moydric, rue Montholon, n° 25, portait depuis fort long-temps une taie sur la cornée de l'œil droit, résultant d'une ophthalmie rhumatismale ancienne. Rien ne s'opposait à ce qu'elle fût soumise au même traitement que les malades précédens ; le résultat fut le même.

IV. Célestine, âgée de treize ans, se présenta au dispensaire ophthalmique dans les premiers jours de janvier. Elle portait depuis long-temps des obscurcissemens de la cornée, qu'elle avait inutilement combattus par diverses pommades. Je fis toucher les taies avec de l'huile de morue ; un mois et demi de ce traitement fut suffisant pour détruire toute trace d'épanchement blanc de la cornée.

Ici se termine l'exposition des faits relatifs à l'usage de l'huile de foie de morue. Je me réserve de leur donner plus tard un ample développement, et je m'estimerai heureux, si mes confrères veulent bien me transmettre le résultat des observations qu'ils pourront faire à cet égard.

CARRON DU VILLARDS.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

OCTOBRE 1835.

Sur l'histoire naturelle des beurres végétaux *ou* huiles concrètes ; *description de celle d'Illipé, dite beurre de Mahwah* (*ou Madhouca*) *de l'Inde ;* par J.-J. Virey.

§ Ier. Avant d'entrer dans la discussion singulièrement obscure de ces beurres végétaux si divers, on nous permettra quelques remarques de physiologie relatives à ces productions.

Les botanistes, en observant que les corps gras ou les huiles fixes des plantes n'existaient presque jamais dans leurs racines (nous ne connaissons que le *cyperus esculentus* qui en recèle dans ses tubercules radiculaires), mais plutôt dans les fruits et semences, n'en ont pas exposé, selon nous (1), des raisons suffisantes. En effet, l'huile rendrait imperméables aux sucs séveux les canaux des racines, et par cette obstruction elle ferait périr le végétal, comme on en a l'expérience. Le corps huileux, au contraire, entoure souvent l'embryon végétal ; il le garantit contre l'humidité extérieure ; puis à l'époque de la germination, cette huile se transforme en une sorte d'émulsion pour l'allaitement cotylédonaire de la plumule et radicule de la jeune plante.

N'est-ce pas d'abord à cause de la légèreté de ce produit hydrogéné que les corps huileux végétaux montent vers la région la plus élevée des plantes, comme ils surnagent les liquides aqueux ? Ou bien encore, n'est-ce point l'action de la lumière et de la chaleur qui procure la formation des corps huileux (fixes, et aussi des huiles essentielles, très-hydrogénées, odorantes) vers les organes de la fructification, ce qui ne peut avoir lieu d'ordinaire dans les racines privées de l'action solaire (2) ?

Quoi qu'il en soit de cette théorie que nous proposons, il paraît certain que les plantes herbacées fournissent plutôt des huiles liquides (crucifères, pavots, sésame, lin, etc.), tandis que les huiles concrètes ou beurres ne sont guère que le produit d'arbres (cacao, galé, cocotier, muscadier), surtout ceux des climats les plus ardens, au lieu que les arbres oléifères des pays froids (noyer, noisettier, amandier, faîne-hêtre, sapin, etc.), en donnent de fluides. L'olivier présente déjà une huile à demi concrescible, et les lauriers en offrent une épaisse. La chaleur des températures naturelles des climats accroît donc la proportion de stéarine (ou de l'élément du carbone) dans les huiles des végétaux, les plus arborescens surtout.

§ II. Dès lors on comprend que les pays chauds seront plus riches en produits butyreux végétaux. Nous en avons reçu une espèce encore peu connue en France, venant de Pondichéry et d'autres contrées voisines, sous le nom hindou d'*illipé*. Les Tamouls disent *illipay;* c'est l'*ipié* des Télingas. L'arbre, aussi curieux qu'il est utile, se nomme *mahwah* ou *mawy* sur la côte de Coromandel et au Bengale. Son nom sanskrit est *madhouca* ou *madhoudrouma*. Nous ne nous étendrons point sur la description, elle est bien connue, puisque d'après Hamilton (1), Will. Roxburgh (2) et tous les botanistes les plus modernes l'ont rangé sous le genre *bassia* et dans la famille des sapotées de Jussieu.

C'est de ces semences, ayant la forme d'olives alongées, qu'on extrait par expression une huile épaisse qui ressemble tellement à du beurre fondu (appelé *ghy* par les Hindous), que les naturels, vu le bon marché de cette huile, en falsifient le beurre. Aussi l'huile de *mahwah* ou *illipé* s'emploie, comme le *ghy* (ou beurre, dans les alimens, dans des pâtisseries, et pour l'éclairage.

---

(1) Voir M. Decandolle, *Physiologie végétale;* tome Ier, pag. 296, *sq.*

(2) Cependant il existe des racines riches en *huiles volatiles* très odorantes, l'angélique, l'impératoire et autres ombellifères ; on doit citer également la valériane, l'aunée, la pyrèthre et les drymyrhizées (gingembre, zédoaire, galanga), le vétiver qui a sa racine seule empreinte d'une huile volatile. Mais les huiles fixes ne s'y produisent presque jamais.

(1) *Act. de la société du Bengale* et *rech. asiatiq.*, tom. I, pag. 324 de la trad. fr., polyandrie, monogynie, calyce 4-fide, corolle monopétale à 8 divisions, seize étamines, drupe à cinq loges.

(2) *Plantes rares de la côte de Coromandel,* etc., t. I ; voir aussi willdenow, etc. On mange ses fleurs ; on peut les faire fermenter et en tirer, par la distillation, un alcool très-enivrant, comme en usent les montagnards des Serkars. Les Chacals se nourrissent aussi de ces fleurs, dont le goût sucré est celui des raisins secs.

On regarde surtout l'*illipé* comme un remède excellent en frictions contre les éruptions cutanées de toute sorte, et les contusions ou blessures. Les femmes s'en servent comme d'un cosmétique pour leur chevelure. On parfume aussi cette huile pour en préparer des pommades. Elle se rancit à la longue, car elle est d'ailleurs préparée avec peu de soin. Cependant on en fait un objet de commerce assez considérable dans l'Inde.

L'arbre mahwah croît dans les terrains les plus arides des montagnes. Un seul arbre donne facilement 300 livres de 16 onces de fleurs sèches, en état d'être mangées, et près de deux muids de semences, d'où l'on tirera environ 60 livres d'huile. C'est dans les années sèches, qui font manquer les récoltes du riz, que ces arbres prospèrent le mieux. Leur bois est très-solide également. Il découle aussi de leur écorce une gomme résine dont les propriétés ne sont pas constatées.

Roxburgh et Hamilton citent l'espèce *bassia latifolia* ou à larges feuilles, comme le *mahwah* ordinaire, l'arbre à huile des Anglais du Bengale. Il en est d'autres espèces également décrites et à semences huileuses, sous les noms de *bassia butyracea* et de *bassia longifolia*, dans les Indes orientales.

Le beurre de Galam et celui de Bambouc ou de Bambarra, que nous avons vu, était plus solide et presque sébacé, en comparaison de l'huile d'illipé : celle-ci se liquéfie à 26° environ ; son odeur est peu développée, ainsi que sa saveur, quoique déjà rance. Sa couleur est d'un jaune sale ; elle demeure trouble dans sa liquéfaction.

Tout laisse à présumer que les beurres dits de Galam et de Bambarra, comme celui rapporté par Mungo-Park, de l'arbre *shéa*, de Bambouc et autres lieux de l'intérieur de l'Afrique, sortirent d'arbres du même genre des *bassia*. Ces végétaux croissent très-bien dans les lieux secs ; car la chaleur augmente la formation du principe huileux, comme dans ceux de l'Inde. Leur beurre ne présente point le même aspect verdâtre, ni le goût particulier de celui du palmier quioquio (*elaïs guineensis*). Cependant nous croyons que les *bassia* africains du Sénégal et du Bambarra, observés par MM. Leprieur, Masson, Perrottet, etc., constituent des espèces distinctes ; ils fournissent des beurres bien plus solides et plus blancs que celui des *illipé* de l'Hindostan (1). Ils se dépouillent de feuilles dans les saisons les plus ardentes. Déjà Rob. Brown a rapproché l'arbre à beurre de Mungo-Park, ou le *shea*, de ces sapotées ; son beurre ne se rancit pas, dit-on, durant plus d'une année.

(1) Dans le tome XVI du *Jour. de Phar.*, p. 53 et suiv. On a imprimé des notes posthumes de M. Vauquelin sur le *beurre de Galam*. Elles ne donnent que des détails incomplets sur quelques parties de l'arbre illipé (*Bassia*) dont les graines produisent ce beurre. Celui-ci venait d'Afrique et il avait plus de consistance que notre huile concrète d'illipé.

Ces rectifications étaient utiles pour éclaircir l'origine de ces produits, à cause des incertitudes conservées jusqu'à ce jour sur leur histoire naturelle, dans les traités les plus récens de matière médicale.

Examen chimique de l'huile d'illipé, par M. O. Henry.

« Cette huile ou graisse végétale solide, obtenue, » je crois *par ébullition*, est solide à la température de » 22 à 23 degrés centig. et sous la pression de 0,76. » Sa couleur à cet état est d'un jaune verdâtre clair, » son odeur aromatique rappelle un peu celle de l'huile » d'olives, puis du beurre de cacao ; sa saveur d'abord » assez douce est bientôt suivie d'âcreté. Exposée à » une température de 26 à 28 degrés C., elle se liquéfie, et plus loin devient liquide d'un beau jaune citron, avec une intensité d'odeur plus prononcée : filtrée alors, elle a laissé sur le papier un résidu peu » abondant, rosé ou brunâtre, qui contenait un peu de » tannin ou quelque principe analogue ; sa consistance » solide n'a paru qu'à 22 degrés. C., et son aspect alors » est grenu, comme cristallin.

» L'huile d'illipé, traitée par l'alcool à 35 froid, est » à peine soluble, mais par ce menstrue bouillant elle » laisse dissoudre avec assez de difficulté une certaine » quantité de matière qui cristallise par le refroidissement des petites lames brillantes et qui sont de la » *stéarine* ; l'effet est un peu plus sensible quand l'huile » d'illipé solide a été soumise à la pression contre le » papier non collé, qui en a absorbé la partie liquide » (claïne) peu abondante. L'alcool est légèrement acide » par suite de la légère *rancidité* de l'huile ; on obtient » à l'aide de la chaleur avec la soude et avec la potasse » des savons très-beaux, solides, capables d'absorber » beaucoup d'eau et d'une onctuosité parfaite : celui de » potasse est toutefois moins solide que l'autre. Ces savons, dissous dans l'eau chaude, précipitent en blanc » par les sels de chaux, de magnésie, de plomb, de » zinc, en rouge pour ceux de fer au maximum, ils » n'offrent alors rien de remarquable, à l'aide des » procédés connus. J'ai isolé de celui de soude un acide » gras, cristallisable dans l'alcool après évaporation, » très-volatil, avec odeur aromatique, très-fusible, » ayant les caractères les plus tranchés de l'acide » *stéarique*. Cet acide mis dans l'alcool affaibli, chaud, » puis saturé par la *soude*, a fourni après légère évaporation une masse gélatineuse transparente, et avec » la *potasse* un produit en petites écailles ou feuillets » blancs, nageant dans une masse glaireuse, effet que » l'on obtient à peu près semblable avec les stéarates » sodique et potassique.

» Je pense que cette huile d'illipé est susceptible de » fournir dans ses applications quelques savons fort » avantageux par leur onctuosité et leur moelleux, si » je puis parler ainsi. Mais quant à ses caractères, elle » n'en offre pas de très-remarquables ou distinctifs » d'avec d'autres produits du même genre. »

NOTICE

Sur les arbres de quinquina, par M. Auguste DELONDRE.

Malgré les importantes recherches qui ont été entreprises dans l'intention de déterminer les espèces ou variétés botaniques auxquelles se rapportent les différentes sortes de quinquina que l'on trouve dans le commerce, il règne encore une extrême confusion, non-seulement sur les détails de cette partie intéressante de l'histoire des drogues, mais même sur les faits fondamentaux; ainsi les ouvrages les plus récens et les plus estimés de matières médicales attribuent le quinquina calisaya, les uns au cinchona lancifolia, d'autres au nitida, etc., etc.

Frappé de ces contradictions, et dans l'intention de jeter quelques lumières sur un sujet encore si obscur, j'ai l'honneur d'adresser à la société de pharmacie quelques échantillons, et divers renseignemens que j'ai dû me procurer par les relations que j'avais établies avec les pays de production, où j'ai fait, pendant plusieurs années, exploiter sur les lieux, et pour mon compte, les écorces de quinquina.

Le quinquina calisaya, celui qu'on emploie à la fabrication du sulfate de quinine, le seul dont l'exploitation ait quelque importance aujourd'hui, se récolte dans les environs de la Paz, ville à l'extrémité sud-est du Pérou, sur les confins du Brésil et du vaste territoire de la Plata.

L'exploitation des quinquinas avait lieu d'abord sur une surface assez resserrée; mais la grande consommation qui s'est faite de cette précieuse écorce pendant ces dernières années, a obligé les exploitans de s'étendre sur un terrain beaucoup plus considérable, principalement dans la direction de Carnata et d'Apollobamba.

Les arbres qui produisent le quinquina calisaya croissent par touffes ou bouquets sur les coteaux. L'exploitation s'en fait par les Indiens du voisinage, qui sont divisés en petites tribus, et qui, moyennant un faible salaire, pénètrent, à travers mille dangers, dans l'épaisseur des forêts, abattent les quinquinas, en enlèvent les écorces, les transportent à d'os d'homme jusqu'aux plus prochaines rivières, Chulumanol, Santa, Rosa et Tarbeni, d'où elles sont dirigées sur le port d'Islay, et de là en Europe.

Les écorces sont desséchées au soleil; lorsqu'elles sont d'un volume un peu considérable, on les charge de pierres, afin d'empêcher qu'elles ne se roulent; c'est ce qui constitue ces belles écorces plates que l'on trouve quelquefois dans les surons de quinquina. Les quinquinas, une fois abattus, sont susceptibles de repousser par le pied; mais ce n'est qu'après un temps très-considérable qu'ils peuvent fournir des écorces au commerce. Cette circonstance, jointe à la difficulté des lieux et à la longueur des transports, qui augmentent chaque jour davantage, donne des craintes fondées de voir s'élever beaucoup le prix de cette précieuse écorce.

Les trois échantillons, munis de leurs feuilles, fleurs et fruits, que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la société, appartiennent à des arbres très-différens. Les écorces qu'ils fournissent sont toutes versées dans le commerce, sous le nom commun de quinquina calisaya; c'est ce qui explique en partie la confusion qui règne dans les divers auteurs au sujet de l'arbre qui fournit cette écorce. Le n° 1 provient de l'arbre appelé par les Indiens *cascarilla yana yana*, en espagnol, *morena*, qui veut dire jaune foncé ou brun.

Cet arbre ressemble à nos peupliers pour la grosseur et la hauteur, si ce n'est qu'il ne présente de feuilles qu'à son sommet. Ces feuilles sont d'un vert velouté en dessus, et couleur pensée en dessous. Il fournit les belles écorces que les naturels désignent sous le nom de *tabla*, et qui sont nos écorces plates. On le trouve plus ordinairement dans les terrains fertiles, sur les coteaux de Tipuani, à 120 lieues de la Paz.

M. Guibourt, notre confrère, qui a fait une étude approfondie des drogues pharmaceutiques, a bien voulu se charger de déterminer l'espèce botanique à laquelle appartient cet échantillon. Il résulte de ses recherches et de la comparaison qu'il en a faite avec les échantillons qui existent dans l'herbier de Ventenat, qu'il se rapporte au *cinchona micrantha*.

L'échantillon n° 2 fournit l'espèce appelée par les naturels *blanca* ou *amarilaza*, c'est-à-dire jaune pâle. L'arbre qui fournit cette écorce présente l'aspect de nos pommiers; il ne s'élève pas à plus de douze ou quatorze pieds. Ses rameaux s'étendent circulairement à une assez grande distance, de manière à former un vaste couvert. Ses feuilles sont presque aussi longues, mais beaucoup moins larges que celles de l'espèce précédente. La dimension des fruits est aussi fort différente. Cette espèce se récolte particulièrement dans les environs *d'Appollobamba*, dans les ravins de Peluchoaco.

L'échantillon n° 3 est appelé *amarilla* ou jaune. Cette espèce croît dans les montagnes arides, dans les terrains pierreux. Son écorce est plus mince, ses feuilles plus petites que celles de l'espèce précédente.

Sous le n° 4 se trouve une certaine quantité de fruits appartenant au n° 1. J'ai fait plusieurs essais inutiles pour en faire germer les semences, je n'ai jamais obtenu que des résultats négatifs, bien qu'elles paraissent parvenues à leur parfaite maturité; l'on sait au reste que le café et beaucoup d'autres plantes de la même famille perdent facilement, et au bout d'un temps très-court, leur faculté germinative. Je souhaite néanmoins que quelques-uns de nos confrères veuillent bien tenter de nouveaux efforts, ils seront peut-être plus heureux que les miens : ce serait un succès d'autant plus désirable, que le genre des quinquinas n'est représenté dans les jardins botaniques de l'Europe par aucun individu vivant, quoiqu'il soit très-probable qu'on pût facilement les y cultiver. C'était pour remplir cette lacune que j'avais fait expédier de l'intérieur du pays cinquante jeunes pieds de quinquinas; mais j'ai eu la douleur d'apprendre qu'ils étaient tous morts avant d'arriver, à quelques lieues de la côte.

Les autres échantillons, que j'ai l'honneur de présenter à la société, consistent en écorces de la racine qui appartient aussi à l'espèce n° 1, en un extrait qui provient du suc, obtenu de l'arbre par incision, et évaporé à l'air. Nous nous sommes occupé, conjointement avec M. Henry fils, de l'analyse de ces divers produits; nous allons en faire connaître les résultats.

Examen chimique de plusieurs produits appartenant au quinquina calisaya. Par MM. A. Delondre et O. Henry.

Après avoir décrit les caractères de différentes parties de l'arbre appartenant à l'espèce dite *quinquina calisaya*, et avoir donné une relation de la récolte des écorces de ce précieux végétal, il ne paraîtra sans doute pas sans intérêt d'y joindre quelques recherches chimiques faites sur plusieurs de ces produits. Ces recherches ont été dirigées dans le but d'y constater la présence ou l'absence des principales substances qui caractérisent les quinquinas, telles que la quinine et la cinchonine, l'acide quinique et le quinate de chaux, et les matières colorantes rouges soluble et insoluble. Nous ne nous sommes donc appliqués qu'à l'isolement de ces principes, laissant de côté ceux qui offraient moins d'intérêt, et qui peuvent se rencontrer ordinairement dans la majeure partie des végétaux. Les moyens analytiques se sont bornés à des traitemens, soit par l'alcool, l'eau pure et l'éther, soit à ceux suivis généralement pour l'extraction des alcaloïdes des quinquinas, savoir : l'eau acidulée bouillante, la chaux, l'alcool, etc. Voici les substances sur lesquelles nous avons opéré : 1° *Les feuilles de quinquina calisaya;* 2° *les graines* et *les racines du même arbre;* et 3° un produit extractif brun donné sous le nom impropre de *sève épaissie de quinquina.*

1° *Feuilles de quinquina.*

La couleur de ces feuilles était violacée, et celle de leur poudre jaune-brunâtre; leur odeur avait quelque chose d'aromatique. Quant à leur saveur, elle était à peu près nulle, un peu styptique, mais n'offrant aucune amertume, même après une mastication prolongée.

On leur a fait subir une décoction dans l'eau distillée, et le produit clair était styptique, colorait en vert noirâtre les sels de *fer au maximum.*

En appliquant le procédé de la préparation de la quinine à la poudre ci-dessus, nous avons obtenu une liqueur rougeâtre, styptique, sans amertume distincte, se troublant par le refroidissement, et formant, lors de l'addition de la chaux, un précipité verdâtre tirant au rouge (effet que l'on doit rapporter à la présence de quelque principe analogue au tannin), dont l'alcool bouillant n'a enlevé, quelque soin que l'on eût pris, aucune trace de quinine ou de cinchonine, mais seulement une matière grasse verte.

Nous avons cherché vainement aussi le quinate de chaux dans les liqueurs provenant de la séparation du dépôt calcaire; il ne s'y est trouvé qu'une substance très-complexe, impure, d'une saveur nauséabonde des plus désagréables, et qui ne nous a pas paru digne de grande attention.

2° *Graines de quinquina jaune calisaya.*

Ces graines, qui semblaient n'être que des péricarpes très-membraneux, coriaces, étaient formées de capsules brunes alongées, s'ouvrant longitudinalement en deux valves; réduites en poudre, leur couleur paraissait brune; mâchées long-temps, elle ne développaient aucune amertume.

Malgré toutes les précautions que nous avons prises, elles n'ont donné, au moyen des procédés connus, aucune trace de cinchonine ni de quinine.

3° *Racines de quinquina calisaya.*

Quoique ces racines eussent été légèrement avariées par de l'eau de mer, et qu'il fût reconnu depuis longtemps par nous que ce liquide a une influence fâcheuse sur les écorces de quinquina (1), nous avons cherché par l'analyse si elles renfermaient encore quelques-uns des principes de celles-ci. Réduites en poudre fine, ces racines donnèrent un produit rouge brun, amer au goût, mais fortement salé, et attirant l'humidité de l'air par suite de la présence des sels de l'eau de mer.

En faisant bouillir avec l'eau aiguisée d'acide sulfurique, etc., etc., comme dans les procédés connus, nous avons obtenu des liqueurs d'où la matière colorante rouge s'est séparée en partie par refroidissement, ainsi que cela arrive pour les décoctés d'écorces, et avec tous les mêmes caractères; les liquides passés au filtre renfermaient aussi les autres matières colorantes. Quant aux alcaloïdes, dont l'alcool avait dû se charger, on a eu, avec un peu de matière grasse verte, des traces de *cinchonine pure* et de *la quinine.*

Pour 250 grammes de poudre de racine, le poids du sulfate de quinine obtenu blanc, cristallisé et sec était de 12 grains; quantité très-minime par rapport à ce que donnent les écorces, mais dont l'avarie est sans doute la cause.

On sait néanmoins que les racines de quinquina contiennent aussi les principes fébrifuges découverts dans les écorces, et que ces principes, accompagnés par les mêmes matières colorantes, y sont probablement dans le même état.

Nous n'avons pu extraire de quinate de chaux dans

---

(1) Nous avons vu, en effet, des écorces de quina jaune qui, après de semblables avaries, étaient d'une couleur brune noirâtre, et qui donnaient beaucoup moins de quinine que des écorces de la même sorte intactes et nullement altérées; nous n'avons pas encore recherché les causes de tels changemens.

les liquides où l'on pouvait prévoir sa présence ; mais cela dépend de l'action première de l'eau de la mer, qui a dû agir sur ce sel et l'entraîner, ou le décomposer.

4° *Extrait brun désigné sous le nom de* sève épaissie de quinquina jaune.

Cette substance, d'un brun noir, d'une consistance pilulaire, avait été, nous a-t-on dit, obtenue par incision, et ensuite rapprochée au soleil. On nous l'a remise contenue dans une espèce de fruit de coloquinte vide de sa pulpe.

Traité par l'eau froide, cet extrait fournit un liquide rosé jaunâtre, très-acide, amer, d'où l'on a retiré assez facilement, 1° de l'acide quinique; 2° du quinate de chaux très-bien cristallisé ; 3° de la quinine et un peu de cinchonine, l'une et l'autre sans doute primitivement à l'état de quinate ; 4° enfin, de petites proportions de matières colorantes jaune et rouge soluble.

La partie de l'extrait que l'eau froide avait laissée intacte et qu'elle n'attaquait plus que très-faiblement avait un aspect briqueté, et ressemblait à ce qu'on a appelé matière résinoïde ; c'était, après l'analyse, un composé de beaucoup de matières colorantes *rouges*, insolubles, dont une certaine quantité était combinée à la quinine (*quino-colorantate du quinine*) ; plus, d'un peu de résine et de matière grasse (1) ; tous principes qui se rencontrent dans les écorces de quinquina jaune.

250 grammes de l'extrait décrit ci-dessus ont fourni :

Sulfate de quinine pur et sec, 1 gros 56 grains, et des traces de cinchonine.

En résumé, ces essais indiquent :

1° Que les feuilles et les péricarpes du quinquina calisaya ne renferment pas les alcaloïdes trouvés dans les écorces.

2° Que les racines les contiennent, ainsi que les mêmes substances colorantes rouges et jaunes.

3° Enfin, que les sucs obtenus par incision sont formés des mêmes principes que les extraits préparés par l'eau et les écorces de ce végétal.

Recherches sur le quinquina pitaya, traduites de l'italien ; (1) par A. Chereau.

Felix, herbarum potuit qui noscere vires
atque vices omnes...

La cour de Rome ayant reçu en présent de la république de Colombie une certaine quantité de quinquina, sous la dénomination de quinquina *pitaya*, qui est d'un prix très-élevé, et qu'on préfère dans le pays aux autres espèces pour le traitement des fièvres, MM. Folchi et Peretti furent invités à l'examiner séparément. M. Folchi fut chargé d'en constater les caractères physiques extérieurs, et M. Peretti reçut la mission d'en faire l'analyse.

M. Folchi commence la description du pitaya par un court précis historique ; il rappelle que le professeur Bréra, dans son *Desideratum*, le nomme *pitaya china*, et qu'il arriva en 1817 de Guayaquil à Liverpool, sous le nom de quinquina *peruviana ;* qu'il se répandit ensuite par Hambourg dans toute l'Allemagne sous cette dénomination et sous celle de *quinquina nuova ;* il ajoute que quelques-uns l'ont confondu avec le kina tacamez et bicolore ; mais les différences physico-chimiques sont si grandes entre ces écorces, qu'on ne peut s'arrêter à cette supposition. M. Batka de Prague, dans un mémoire intéressant présenté à l'académie royale de médecine de Paris, annonce qu'en Angleterre on ne donne le nom de pitaya qu'au quinquina bicolore. C'est encore une erreur comme la première. M. Guibourt est l'auteur qui s'est le plus étendu sur ce sujet dans la seconde édition de son *Histoire des Drogues ;* mais M. Folchi doute que l'écorce dont il parle, et dans laquelle M. Henry fils a trouvé de la cinchonine et de la quinine soit la même que celle en question aujourd'hui, et qui a été adressée a S. S. le pape Grégoire XVI, parce que les caractères physiques en sont tout différens, et parce qu'elle ne renferme aucun des alcaloïdes qui ont été attribués aux quinquinas.

Dans les échantillons remis à M. Folchi, les plus forts morceaux étaient à demi roulés sur eux-mêmes, les plus minces avaient leurs bords rapprochés comme ceux de la cannelle ; les premiers ayant plus d'un pied de long du diamètre d'un pouce et au delà, de la grosseur d'une ligne et demie. La surface extérieure, formée de l'épiderme et de la couche celluleuse, varie selon les morceaux. Dans quelques-uns, et surtout dans les plus gros, on y observe une pellicule (1) blanche, usée en partie par le frottement, semblable à la pellicule perlée du quinquina Carthagène. Dans les autres, cette même surface est quelquefois fongueuse ; tuberculeuse, inégale, légèrement crevassée, divisée sur quelques points en petites lames. Elle a une couleur cendrée, sale à l'œil, et offre dans son intérieur une couleur jaune roussâtre. Le *liber* est composé de fibres minces, d'une couleur orangée, roussâtre, plus foncée à la face interne de l'écorce. La cassure est inégale, peu fibreuse ; les fibres y paraissent disposées comme par couches. La saveur de l'écorce est amère, persistante, désagréable ; quelquefois on découvre à sa surface externe un lichen foliacé.

C'est sur le mont Pitaya de la Nouvelle-Grenade que vient naturellement l'arbre dont nous examinons l'é-

---

(1) Nous avons vu, il y a quelques années, des extraits de quinquina gris, très-rouges, hyacinthes, transparens, *secs*, et contenus dans des boites de bois (ils étaient venus du Pérou où on les avait préparés). Ces extraits ne fournissaient à l'analyse que des traces d'alcaloïdes, mais beaucoup d'acide quinique, de nitrate calcaire et de la matière colorante.

(1) *Giornale arcadico. — Bulletino dello science di Bologna. — Gazetta eclectica.* 1834-1835.

(1) *Velamento.*

corce. Le genre et l'espèce ne sont pas bien déterminés. Comme elle ne renferme ni quinine ni cinchonine, d'après les recherches de M. Peretti, on ne peut guère reporter la plante au genre *cinchona*, depuis surtout les nouvelles séparations que M. Decandolle a faites dans ce genre d'un grand nombre de plantes qu'on y avait rangées mal à propos. MM. Brera et Guibourt pensent que le pitaya appartient, selon toute probabilité, au genre *exostème*, et le second l'a cru ainsi en voyant une si grande ressemblance entre les noms pitaya et piton, car ce dernier mot est la dénomination vulgaire d'une espèce d'exostème, c'est-à-dire de l'*exostema floribunda*, quinquina à piton, ou de Sainte-Lucie. M. Folchi n'a qu'une raison à opposer à M. Guibourt, et cette raison ne lui semble pas à dédaigner; la voici :

On remarque que, pour les arbres qui produisent le quinquina, il existe constamment une sorte de régularité pour leur emplacement natal; ainsi, par exemple, on sait que les genres *luculia* et *hymenodictyon* sont propres aux Indes orientales; que le *danaïs* croît dans l'Afrique australe; le *pinkneya* dans la Caroline et la Géorgie; le *remija* au Brésil, etc., etc., et il en est ainsi dans leur distribution géographique. Or, le genre *exostema*, et particulièrement la première section *pitonia*, dans laquelle sont renfermés les vrais exostèmes, appartiennent proprement aux Antilles, contrée bien différente de celle dont nous savons avec certitude, dit l'auteur, que nous vient notre *pitaya*. Ce dernier appartiendrait-il au genre *buena?* M. Folchi est porté à le croire, puisqu'on le retrouve constamment, ainsi que le genre cinchona, sur les côtes du Pérou et de la Nouvelle-Grenade, et l'on ne connaît encore qu'une seule exception à cette règle qui s'applique au *buena hexandra;* ce dernier en effet croît au Brésil.

Partie chimique. Il faut maintenant donner en peu de mots une idée du travail chimique de Peretti sur la composition du pitaya. Ce chimiste rechercha d'abord sur une petite quantité s'il ne contenait pas les alcaloïdes communs au quinquina; mais, malgré tout le soin possible apporté à l'examen des matières, il ne put y reconnaître ni quinine ni cinchonine. Ce résultat est à noter, en ce qu'il peut jeter par analogie quelque jour sur la plante dont est sorti le pitaya; mais tandis que sous le rapport d'y trouver les alcaloïdes du quinquina, les recherches avaient donné un résultat négatif, de l'autre il en était surgi quelque avantage, car par lui M. Peretti avait reconnu que le précipité obtenu de la décoction au moyen de l'ammoniaque contenait une substance amère particulière combinée au tannin. Un second essai, en agissant sur une plus grande quantité, lui confirma ce fait comme il suit : il fit bouillir six onces d'écorce de pitaya dans de l'eau distillée, et réduire à l'état d'extrait; il s'en trouva deux onces qui furent traitées par l'alcool à 34°. Une partie put s'y dissoudre et fut mise à part; l'autre, non dissoute, présenta les caractères du gallate de chaux. Le produit alcoolique fut étendu d'un peu d'eau, soumis à la distillation, et laissa un résidu aqueux, lequel teignait en rouge le tournesol, précipitait en la congelant la gélatine animale, verdissait avec le sulfate de fer, et avait une saveur très-amère et astringente. Ces caractères dénotaient déjà que le résidu contenait du tannin avec excès d'acide gallique, la substance amère et la partie colorante. Le soluté n'en fut pas moins précipité par l'ammoniaque, et une partie du dépôt blanc jaunâtre, traité par l'éther, a donné, au moyen de l'évaporation, le tannate de la substance amère ou du nouvel alcaloïde, laissant en dehors la matière colorante.

Ce qui restait du dépôt blanc jaunâtre fut mis en contact avec l'eau bouillante; une partie vint à s'y dissoudre; nous parlerons de l'autre plus bas. On versa quelque peu d'acide sulfurique dans le soluté aqueux, et après avoir purifié ce dernier par le charbon animal, et l'avoir entièrement débarrassé de son excès d'acide par la chaux, il fut évaporé à siccité. Le résidu fut bien desséché, dissout dans l'alcool à l'état de sulfate, sous la forme d'aiguilles cristallines disposées en éventail.

La partie du résidu qui avait refusé de se dissoudre fut essayée par l'hydrate de potasse, et forma un liquide de rouge rubis; la potasse ayant été reprise par un acide, les deux matières colorantes, tant la *fausse* que la *vraie* (1), se précipitèrent.

De cette expérience et d'autres relatées dans son mémoire, M. Peretti croit pouvoir conclure que le quinquina pitaya renferme un principe amer, de caractère alcaloïde.

Deux matières colorantes unies à l'acide gallique;
Du gallate de chaux;
De la gomme;
De la résine;
Une partie fibreuse.

Pitayne. Les caractères du nouvel alcaloïde, qu'on peut appeler *pitayne* en raison de la source dont il provient, sont principalement de n'avoir pas une amertume bien sensible à l'état solide et pur; mais ce caractère se développe toutes les fois que, réduit à l'état salin, on le fait dissoudre dans l'eau, l'alcool ou l'éther, où il est très-soluble.

La pitayne se fond à une température qui excède 100 degrés, en répandant d'abord des vapeurs très-amères qui se condensent en prismes très-déliés (2). Il se dégage ensuite des vapeurs empyreumatiques. L'acide nitrique chaud et concentré décompose la pitayne; mais sa combinaison avec l'acide sulfurique, dans la proportion de 96 parties contre 4 d'acide, donne naissance à un sel blanc, amer, qui cristallise en petits prismes divergens, à la manière d'un éventail; si l'on emploie de l'acide acétique, il en résulte un sel amer, mais qui ne peut cristalliser.

---

(1) M. Peretti, dans son premier essai, reconnut d'abord deux matières colorantes qu'il désigna sous les noms de *falsa* et *solida*. A. CH.

(2) Ce fait est très-remarquable et mérite d'attirer l'attention des chimistes. (*Note des Rédacteurs du journal.*)

Sur la préparation des sirops et des mellites; par M. Deschamps fils, pharmacien à Avallon.

M. Deschamps, dans le but de rendre impossibles ou au moins très-difficiles les altérations que les sirops et les mellites composés peuvent éprouver, propose, pour le préparation de ces médicamens, de remplacer l'eau par un liquide formé de quatre-vingt-quatre parties d'eau et seize parties d'alcool absolu, c'est-à-dire à peu près la proportion que l'on trouve ordinairement de ce dernier dans les bons vins de Bourgogne. A l'aide d'un appareil à déplacement, il traite, par cette eau alcoolisée, les poudres ou les pulpes des diverses substances qui doivent entrer dans la composition des sirops, et fait fondre ensuite une livre de sucre dans 10 onces de la colature obtenue.

Pour les mellites et les oximellites; il conseille de substituer l'usage du mellite simple à celui des miels qui ne fournissent pas toujours la même proportion relative des mellites, puis ensuite de préparer les mellites composés d'après les procédés ordinaires mais en ayant soin de les alcooliser quand ils sont cuits, afin de les mettre à l'abri de la fermentation.

A la suite de ces observations, M. Deschamps présente; au sujet de la méthode dite de déplacement, les résultats des nombreuses épreuves auxquelles il l'a soumise, et les réflexions que ses expériences lui ont suggérées. Nous nous bornerons à citer ici les conclusions de cette partie de son travail, qui, d'ailleurs, s'accordent toutes avec les observations déjà publiées sur le même sujet.

M. Deschamps établit :

1° Que la pression accélère la filtration des liquides à travers les poudres qu'ils traversent.

2° Que le déplacement d'un liquide par un autre ne se fait pas d'une manière exacte, et que la macération préalable est quelquefois utile.

Il divise ensuite les poudres en plusieurs catégories relativement à la méthode de déplacement, selon qu'elles se laissent plus ou moins facilement pénétrer et lessiver par les liquides, selon qu'elles se gonflent plus ou moins à leur contact, ou même selon qu'elles contiennent, comme la pensée sauvage, une si grande quantité de mucilage qu'il est impossible de leur appliquer ce mode de traitement.

Le mémoire dont nous venons de donner un résumé a été l'objet d'un rapport présenté à la Société de pharmacie par MM. Chéreau et Béral.

Ces honorables pharmaciens ont fait remarquer que l'idée première d'ajouter de l'alcool aux sirops pour les empêcher de s'altérer appartenait à l'un d'eux, et que, d'ailleurs, elle ne pouvait pas être adoptée en principe général, soit parce qu'il n'est pas indifférent, dans certains cas, d'administrer aux malades des sirops alcoolisés ou simplement aqueux, soit parce qu'un mélange d'eau et d'alcool ne peut pas représenter exactement le vin que M. Deschamps a eu en vue de remplacer par ce liquide.

Nous pourrions ajouter à cette critique judicieuse que ce liquide alcoolique, substitué à l'eau par notre confrère dans le traitement des matières qui doivent servir à la préparation des sirops, agit sur elles d'une toute autre manière que l'eau pure, et fournit des sirops dont la composition ne peut être assimilée à celle des mêmes médicamens préparés avec les sucs des plantes ou avec leurs macérés aqueux. Le procédé proposé par M. Deschamps présente donc, outre l'inconvénient d'introduire dans les sirops et les mellites un nouvel élément dont la présence est loin d'être indifférente, celui de modifier la composition des sirops, et de fournir des médicamens nouveaux, qui ne sauraient être admis dans l'usage pharmaceutique qu'autant que des essais thérapeutiques auraient constaté leur supériorité sur ceux qui sont actuellement employés.

Messieurs les rapporteurs, tout en faisant remarquer que l'emploi du mellite simple à la place du miel dans la préparation des mellites composés a déjà été indiqué depuis long-temps, approuvent cette substitution, mais ils ne peuvent admettre avec M. Deschamps que le miel ne fournisse que 12 à 16 onces de sirop par livre, attendu que l'expérience leur a prouvé que les miels blancs du Gâtinais ou de Narbonne, les seuls que l'on doive employer en Pharmacie, donnent près de 20 onces de sirop par livre. F. B.

Sur l'extraction de l'huile de laurier; par M. Ménigault pharmacien.

L'huile de laurier, au dire de tous les ouvrages, se prépare en faisant bouillir dans l'eau les baies récentes et écrasées de *laurus nobilis*, soutenant l'ébullition un certain temps, et laissant refroidir la liqueur. L'huile, par le refroidissement, vient, dit-on, se réunir et se figer à la surface.

En 1827, un propriétaire ayant abattu plusieurs pieds de lauriers qui étaient chargés de fruits, j'en fis ramasser quarante litres environ. De cette grosse quantité de baies, je voulus retirer de l'huile. Le procédé ancien me paraissait bien commode, mais en même temps fort imparfait. Le parfum, me semblait-il, principal agent de la vertu de cette huile, devait se dissiper beaucoup ou même se perdre. Cette réflexion, me tenant quelque temps en suspens, me fit néanmoins pencher pour ce qui était consacré par l'usage et consigné chez tous les auteurs. Cependant, comme je n'ajoutai qu'une confiance moyenne à ce mode de préparation, je n'y exposai pas toutes les graines que j'avais.

Dix litres environ de baies de laurier furent pilées par petites portions dans un mortier en fer et réduites en pâte assez déliée. Cette opération ne se fit qu'avec beaucoup de peine. La pulpe mucilagineuse qui entoure les cotylédons faisait glisser ceux-ci les uns sur les autres, et ce ne fut qu'après bien du temps, et en en mettant bien peu à la fois, que le pilon put les saisir et les diviser convenablement.

Dans cet état la graine fut mise dans une bassine avec quatre ou cinq fois son poids d'eau. On ménagea d'abord le feu pour donner à l'eau le temps de se substituer à l'huile dans le parenchyme du fruit ; on augmenta ensuite la chaleur pour faire bouillir presque la liqueur. Le feu fut soutenu à ce point pendant longtemps.

Quoique je ne visse pas encore de l'huile à la surface, je ne doutai cependant pas que le repos et le refroidissement ne me permissent d'en ramasser. La liqueur se refroidit, et je n'en trouvai pas un atome. Je vis bien alors qu'il était impossible de conserver tout l'arome de l'huile et d'obtenir celle-ci. La bassine fut remise sur le feu, et soumise à une ébullition longue et soutenue. Après trois heures pour le moins d'un feu convenable, et après avoir ajouté de l'eau pour remplacer celle qui s'évaporait, la bassine fut mise de côté. Cette seconde fois, je ne fus pas plus heureux que la première. L'eau était tout au plus salie par quelque chose de gras qu'il était impossible de séparer. J'aurais bien dans le décoctum, qui me paraissait émulsif, cherché l'huile que je m'étais proposé d'obtenir en le passant avec expression à travers un linge serré, le concentrant et le desséchant à la manière des jaunes d'œufs pour la préparation de leur huile, mais ce moyen me semblait hors des vues de la médecine : je voulais un médicament et non pas un corps gras sans vertu.

Vingt-huit à trente litres de graines qui me restaient furent écrasés entre deux meules de pierre; l'une horizontale et faisant fonction de support résistant et l'autre verticale et agissant par sa périphérie. Cette opération ne se fit qu'imparfaitement. La pulpe de l'enveloppe et l'humidité de la graine faisaient glisser les cotylédons comme la première fois, et rendaient le travail rebutant. Cela ne m'arrêta cependant pas et me fit faire une réserve sur le tourteau. Les baies, tant bien que mal écrasées et légèrement chauffées, furent mises dans une bonne toile et soumises toutes à la fois à l'action d'une très-forte presse. Il en sortit une huile verte très-odorante et parfaitement limpide. Son goût âcre et amer était pareil à celui du fruit. L'esprit de vin la dissout en partie et lui enlève sa couleur : celui-ci évaporé laisse un résidu poisseux et vert.

La quantité de baies que je viens d'indiquer ne fournirent qu'une livre quatorze onces d'huile, même en y comprenant ce que la toile en avait retenu, que j'évalue à deux onces environ. Cette huile fut mise dans une bouteille de pinte, et conservée pour l'usage. Sa consistance s'est accrue tous les ans. Depuis quatre ans environ je n'y touche plus. La quantité d'huile qui reste encore dans la bouteille peut être de cinq à six onces. Elle a une consistance de graisse et une couleur de feuilles mortes; on aperçoit dans sa masse une foule de granulations pareilles à celles que l'on remarque dans l'onguent populéum quelque temps après sa confection.

Quant au tourteau qui resta dans la toile, et sur lequel j'ai dit que je m'étais fait quelque réserve, je crus qu'il contenait toute l'huile épaisse dont parlent les auteurs, et que l'humidité empêchait de sortir tout comme l'humidité avait empêché le fruit de s'écraser. On voyait encore dans ce tourteau des portions assez volumineuses de cotylédons et même des cotylédons entiers. Dans cet état je le divisai et je le fis bien sécher. Bien sec, on le pulvérisa dans un mortier et on passa la poudre à travers un tamis de crin. Cette poudre fut fortement chauffée tout à la fois dans une grande poêle de cuivre et enfermée toute chaude dans la toile qui avait précédemment servi. Exprimée fortement et contre mon attente, il n'en sortit pas la moindre partie d'huile : la toile n'en fut même pas salie, et le tourteau était aussi incohérent que s'il n'avait supporté aucune pression.

Je conclus d'après cela :

1° Que pour avoir de l'huile de laurier, le procédé ancien est absolument impraticable;

2° Que cette huile ne peut pas mieux s'obtenir avec les baies desséchées, pulvérisées, chauffées et exprimées :

3° Que c'est dans le parenchyme ou pulpe noirâtre qui entoure les cotylédons qu'il faut la chercher, et que ce n'est que dans leur état de fraîcheur que ces graines en donnent;

4° Que pour avoir cette huile il faut écraser les baies de laurier récentes et entières (ou mieux encore mondées de leurs cotylédons), et les soumettre un peu chaudes à une bonne pression.

Note de M. Soubeiran.

J'ai vainement cherché à plusieurs reprises à retirer de l'huile de laurier des baies desséchées, parce que j'employais le procédé décrit dans tous les ouvrages pour les baies seules, et qui consiste à faire bouillir les baies dans l'eau. J'ai été plus heureux en opérant de la manière suivante : j'ai pris deux livres de fruits secs de laurier ; je les ai réduits en poudre ; je les ai exposés à l'action de la vapeur d'eau dans un vase couvert, de manière à ce qu'ils en soient bien pénétrés ; puis je les ai soumis promptement à la presse, entre deux plaques de fer chauffées dans l'eau bouillante : j'ai obtenu près de cent grammes d'huile. Celle-ci était liquide, et a conservé cet état pendant quelques jours ; mais peu après il s'y est déposé quelques parties solides, dont la quantité a été en augmentant malgré la chaleur de la saison, et bientôt tout a été pris en une masse, de consistance d'huile d'olives figée.

Amorphisme des corps solides ; par le docteur Joh. Nep. Fuchs. (Annalen der pharmacie, vol. XI, cah. 3, pag. 282.)

Mémoire lu à l'académie des sciences de Munich.

(Extrait par M. Vallet.)

Les minéralogistes et les chimistes se sont peu à peu formé cette opinion, que les corps solides inorganiques ont tous une structure cristalline, et que ceux dans les-

quels on ne peut apercevoir aucune trace de cristallisation, tels que les minéraux dits compacts, doivent être considérés comme des agrégats de cristaux ou de noyaux de cristaux extrêmement petits et imperceptibles. La majeure partie des minéraux compacts ont sans doute cette conformation, et l'on peut s'en convaincre principalement par la transition insensible des masses cristallines, grenues et fibreuses, aux masses compactes que l'on ne doit pas séparer des premières lorsque leurs autres propriétés physiques et leur constitution chimique sont semblables; mais cette opinion n'est pas admissible en thèse générale. Toutes les masses compactes ne peuvent pas être considérées comme de pareils agrégats; toutes n'offrent pas une semblable corrélation avec les formes cristallines. Il y en a plusieurs qui ne présentent aucun indice de cristallisation, et qui, par conséquent, peuvent être nommées sans forme ou amorphes. M. Fuchs cite plusieurs corps à l'appui de son opinion. Il présente surtout, au sujet de l'opale, du sulfure d'antimoine et du sulfure de mercure, des considerations tout-à-fait neuves et dignes de toute notre attention.

Opale ou silice amorphe.

L'opale pure n'est au fond que de la silice amorphe et compacte; on peut s'en convaincre aussi bien en examinant avec soin ce corps en lui-même, qu'en le comparant avec le quartz pur et en cristaux parfaitement déterminés, et avec le cristal de roche, qui représente la silice cristallisée. On n'a pas encore trouvé à l'opale de faces cristallines extérieures, et son intérieur est disposé de telle manière, qu'en le considérant il ne peut venir à l'esprit de personne qu'il y ait là le moindre noyau de cristallisation.

Il diffère beaucoup du quartz par une pesanteur spécifique bien moindre, par une moins grande dureté, par sa réfraction simple, et surtout par ses propriétés chimiques. Réduit en poudre, il se combine avec la chaux par la voie humide, et se durcit alors sous l'eau, propriété que ne possède pas le quartz, à quelque état de finesse qu'on l'ait réduit. La poudre de quartz ne se dissout qu'avec une extrême difficulté et une extrême lenteur dans la solution de potasse bouillante: la poudre d'opale, au contraire, y disparaît au bout de quelques minutes. Il y a plus, des morceaux entiers de ce corps ne résistent pas très-long-temps à ce dissolvant à la chaleur de l'ébullition. Le quartz n'est pas du tout attaqué par la potasse à la température ordinaire; mais cet alcali dissout peu à peu et complétement l'opale, non-seulement sous forme pulvérulente, mais encore en morceaux entiers. Toutes les variétés ne se comportent pas de même sous ce rapport; quelques-unes se dissolvent en deux et trois mois; il en faut quatre et cinq à d'autres: preuve évidente d'une différence notable dans sa cohésion. La plus grande résistance est offerte par l'hyalithe.

Ainsi il existe une grande différence entre le quartz et l'opale, et l'on ne pourra guère en chercher d'ailleurs la raison que dans l'état de cristallisation du premier, et dans l'amorphisme de la seconde. Toutefois, comme l'opale contient toujours plus ou moins d'eau, beaucoup de personnes la considèrent comme un hydrate de silice, et s'expliquent ainsi la différence qui la distingue du quartz; mais la proportion d'eau de l'opale varie de trois pour cent et au-dessous, à douze pour cent et au-dessus: elle n'est donc pas constante comme dans les hydrates proprement dits, qui sont en majeure partie susceptibles de cristallisation. L'opale reste encore opale après avoir perdu toute son eau par l'exposition à la chaleur rouge; elle a toujours le même aspect et se dissout presque aussi facilement dans la potasse qu'auparavant. La fusion elle-même ne le transformerait vraisemblablement pas en quartz.

On a souvent prétendu qu'il y a, dans certaines pierres, une transition de l'opale aux variétés de quartz, connues sous le nom de calcédoine et de pierre à fusil, et qui doivent être regardées comme des masses cristallines à pains extrêmement fins; mais cette prétendue transition n'est autre chose qu'un mélange de ces minéraux avec l'opale, dans lequel les particules cristallines de quartz sont enveloppées par la masse d'opale. L'auteur a pu, au moyen du contact prolongé pendant un an avec la potasse, enlever l'opale à un fragment de calcédoine polie; celui-ci avait perdu 3,9 pour cent de son poids; il conservait encore presque tout son brillant, à l'exception de quelques stries fines qui ne s'y remarquaient pas auparavant, et qui, vraisemblablement composées de quartz pur, étaient complétement opaques et tout-à-fait semblables au cacholong. La pierre à fusil donne un résultat analogue par le même traitement avec la potasse; mais elle contient un peu moins d'opale que la calcédoine.

L'opale n'est pas non plus toujours formée que d'opale pure: elle contient assez souvent un peu de quartz dans un grand état de division: peut-être ce jeu des couleurs de l'opale, qui jusqu'à ce jour n'a pas été expliqué d'une manière satisfaisante, est-il dû à la présence de particules quartzeuses très-fines et incorporées dans un certain ordre, qui modifient la réfraction de la lumière. La silice, préparée chimiquement, se rapproche de l'opale, puisqu'elle jouit de propriétés chimiques semblables, lors même qu'elle a été fortement chauffée au rouge.

Sulfure d'antimoine amorphe.

Si l'on fait fondre du sulfure d'antimoine cristallisé (antimoine cru) dans un verre mince, et si, après l'avoir tenu pendant quelque temps en fusion, on le jette aussi promptement que possible avec le verre dans de l'eau à la température de la glace, on le trouve transformé en sulfure d'antimoine amorphe (kermès).

On l'obtient de cette manière en très-petits fragmens très-fendillés, ce qui est une suite du brusque refroidissement. Il possède les propriétés suivantes:

Sa cassure est conchoïde et lisse, et n'offre pas la moindre trace de texture cristalline ;

Il est sensiblement plus dur que l'antimoine sulfuré cristallisé qu'il raie assez fortement ;

Sa pesanteur spécifique est = 4,15, et par conséquent bien moindre que celle de l'antimoine sulfuré cristallisé, qui varie de 4,5 à 4,7 ;

Il a un aspect métallique ; mais en lames très-minces, il est d'un rouge hyacinthe foncé transparent ;

La couleur des fragmens est d'un gris de plomb noirâtre ; celle de la poudre est d'un brun rougeâtre et un peu plus foncée que celle du kermès ordinaire. La poudre du sulfure d'antimoine cristallisé, même le plus pur, est toujours d'un noir grisâtre, et ne devient pas brune, à quelque état de finesse qu'on la réduise.

Le sulfure d'antimoine amorphe est transformé de nouveau en sulfure cristallisé lorsqu'on le fait fondre et qu'on le fait refroidir lentement. En effet, il offre de nouveau une texture rayonnée, et donne une poudre d'un gris noirâtre. Le kermès, précipité de l'émétique par l'hydrogène sulfuré, se comporte de la même manière ; mais il n'en est plus de même du kermès officinal, qui, lorsqu'il a été fondu, a l'aspect d'une masse d'un brun obscur semblable à une scorie : ce qui prouve suffisamment qu'il ne peut être identique avec le premier.

La transformation du sulfure d'antimoine cristallisé en sulfure amorphe ne réussit pas toujours : il ne faut pas employer de trop grandes quantités, ni jeter la masse dans l'eau aussitôt qu'elle est fondue ; mais on doit la tenir pendant quelque temps en fusion.

Sulfure de mercure amorphe.

M. Fuchs considère comme du sulfure de mercure amorphe l'éthiops minéral, que l'on peut, comme on sait, préparer par la voie sèche et humide. Celui qui a été préparé par la voie sèche se montre souvent sous la forme d'une masse tout-à-fait noire, d'un aspect demi-métallique, semblable à une scorie et brillante dans sa cassure, dans laquelle on ne peut apercevoir aucune trace de cristallisation. L'éthiops, préparé par la voie humide, par précipitation, a toujours l'aspect d'un dépôt volumineux très-fin, comme sont tous les précipités amorphes : il est au cinabre, dans lequel il se transforme par sublimation et cristallisation, ce que le kermès est au sulfure d'antimoine cristallisé. Si on chauffe du cinabre réduit en poudre fine dans un petit matras de verre, au-dessus de la lampe à l'esprit de vin, jusqu'à ce qu'une partie se soit sublimée, et si on le met dans de l'eau froide avec le vase, on trouve ordinairement la partie non sublimée transformée complétement en éthiops, et des flocons noirs nagent dans l'eau comme dans la préparation de l'éthiops minéral par la voie humide. C'est en employant du cinabre, préparé par la voie humide, que M. Fuchs a toujours le mieux réussi dans cette expérience. D'ailleurs, le cinabre devient déjà brunâtre ou noirâtre lorsqu'on le chauffe, et si on le sublime et qu'on interrompe la sublimation, on trouve le résidu transformé en majeure partie en éthiops, même par un refroidissement graduel.

Comme le sulfure d'antimoine cristallisé ne devient pas brun par la pulvérisation, comme le cinabre ne noircit pas dans cette opération, mais qu'au contraire elle lui donne une couleur plus belle et plus vive, nous y trouvons une preuve frappante que les corps cristallisés ne peuvent être privés de leur forme par la division mécanique, quelque loin qu'elle soit poussée. Il semble donc impossible à M. Fuchs de considérer la déformation et la transformation des corps comme un simple phénomène mécanique se passant entre leurs plus petites particules, comme une modification dans l'arrangement des molécules. Les propriétés inhérentes à ces états du corps, et qui en sont inséparables, parlent trop haut contre une semblable opinion. Il doit donc se passer dans ces transformations un *phénomène dynamique* pénétrant plus avant dans l'essence de la matière. A.-G. V.

De la composition de l'huile de pétrole de Rangoon, avec des remarques sur cette huile et celle de naphte ; par M. Grégory.

Au mois d'août 1830, M. Reichenbach publia un premier mémoire concernant les produits d'une distillation susceptible de décomposer les corps organiques ; mémoire dans lequel il décrivit un nouveau principe auquel il donna le nom de paraffine, et qui se trouvait toujours parmi ces produits.

Peu de temps après, le docteur Christison lut à la Société d'Édimbourg un mémoire dans lequel il décrivait une substance contenue dans le pétrole de Rangoon, et à laquelle il donnait le nom de pétroline. En comparant les propriétés de ces deux corps, on les trouva tellement semblables qu'il n'y eut plus aucun doute que ces deux substances ne fussent le même corps. Comme le docteur Reichenbach fut le premier qui en fit la découverte, le nom de *paraffine* fut adopté. Voici les propriétés de la paraffine : elle est blanche, insipide, inodore, un peu visqueuse, plus légère que l'eau, fusible à 125 ou 130° de F., et se distille sans se décomposer à une température plus élevée. Elle résiste à l'action des acides et des alcalis les plus concentrés, et, lorsqu'elle est pure, elle brûle avec une flamme blanche, sans produire de fumée.

Dans un second mémoire publié par M. Reichenbach, il décrivait sous le nom d'*eupione* un autre produit de la distillation décomposante. Ce corps, d'après les expériences les plus récentes, est un liquide incolore, sans saveur, et possédant une odeur agréable. Il est très-fluide, c'est même le corps le plus léger que l'on connaisse sous la pression ordinaire de l'atmosphère, car il a un poids spécifique de 0,665 seulement. Comme la paraffine, ce corps résiste aux alcalis et aux acides les plus concentrés, et brûle avec une flamme blanche sans produire de fumée. Dans le même mémoire, le docteur Reichenbach déclare que, procédant d'après son idée que l'huile de naphte native était le produit d'une

distillation décomposante, il l'analysa dans le dessein d'y trouver cette nouvelle substance, l'eupione, mais il ne put réussir à en découvrir les traces. Il attribua sa non réussite à la difficulté de se procurer de l'huile de naphte pure, et conclut que l'huile de naphte qu'il avait examinée avait été falsifiée avec de l'essence de térébenthine, attendu que cette huile de naphte en avait l'odeur et les autres propriétés. Il revint sur ce sujet dans un troisième mémoire, publié en 1833, dans lequel il avança qu'il avait examiné avec le plus grand soin le meilleur naphte qu'il avait pu se procurer, et qu'il n'y avait pas trouvé un atome de paraffine ni d'eupione. Frappé de ce résultat, il commença à croire que le naphte pourrait bien, après tout, ne pas être le produit d'une distillation décomposante. Il distilla donc de grandes quantités de houille d'un aspect brun, auquel il ajouta une certaine quantité d'eau, et éleva la température à 212° du thermomètre de F. (degré auquel l'eau bout), température trop peu élevée pour décomposer un corps, et obtint des quantités considérables d'un naphte dont les propriétés étaient les mêmes que celui qu'il avait examiné. Ce naphte ne contenait ni paraffine ni eupione, et, à sa grande surprise, avait l'odeur particulière de l'essence de térébenthine. Il compara ensuite le naphte du commerce à celui qu'il avait préparé lui-même, et qui par conséquent n'avait pas été falsifié, et l'essence pure de térébenthine. Le résultat de cette comparaison fut que ces trois corps se ressemblaient exactement, tant par leur poids spécifique et leur point d'ébullition que par toutes leurs autres propriétés chimiques.

De cette coïncidence remarquable, il conclut que l'huile de naphte native qu'il avait examinée n'était pas falsifiée, mais pure, et que cette huile n'était autre chose que l'essence de térébenthine des grandes forêts de pins, auxquelles nos fabriques de charbon doivent leur origine, et qui aurait été séparée par une douce chaleur, avant la conversion du bois en charbon ou du charbon de terre lui-même, comme dans ses propres expériences. Nous ne savons au juste quelle huile de naphte native fut examinée par le docteur Reichenbach mais nous pensons que ce fut celle d'Amiano. En lisant le dernier mémoire de Reichenbach, il paraissait évident que la description qu'il donnait de ce naphte était bien différente de celle du naphte de Perse, qu'on obtient en distillant le pétrole de Rangoon; et quand on remarque en outre, dans ce dernier corps, l'existence de la paraffine, il était impossible de ne pas conclure que si les expériences du docteur Reichenbach sont correctes, ou plutôt si son huile était pure, il doit exister au moins deux espèces d'huiles de naphte bien différentes.

Je résolus donc d'analyser moi-même l'huile de Rangoon, afin de m'assurer si elle contenait de l'eupione. Le docteur Christison ayant eu la complaisance de m'en donner une quantité considérable, je m'empressai de la rectifier, et j'obtins bientôt un liquide possédant à un très-haut degré les propriétés de l'eupione, surtout sa mobilité, son poids spécifique si peu élevé, et son odeur semblable au narcisse. Ce naphte rectifié, bien que loin d'être pur, a un poids spécifique seulement de 765, et bout à 200° F.

Je le soumis alors à l'action plusieurs fois répétée de l'acide sulfurique, de la potasse caustique, et, comme le recommande Reichenbach, je le soumis à la distillation avec de l'acide sulfurique concentré et du nitrate de potasse. Il résista à la plupart de ces agens, et après avoir été bien rectifié, il prit l'apparence de l'échantillon n° 2, dont le poids spécifique est de 744, et qui bout à 180° F., ayant aussi à un degré plus marqué qu'auparavant l'odeur particulière de l'eupione.

D'après ces expériences, je crois devoir conclure que l'huile de pétrole de Rangoon contient une quantité considérable d'eupione, et comme le docteur Christison a déjà prouvé qu'on pouvait en extraire de la paraffine, nous ne pouvons plus douter que cette paraffine ne soit le produit d'une température élevée, ou, en d'autres termes, celle d'une distillation décomposante.

Le napthe de Perse qu'analysa Thompson il y a quelques années, et dont il eut la complaisance de m'envoyer un échantillon, a aussi l'odeur caractérisée du naphte de Rangoon, odeur qui indique la présence de l'eupione. Thompson l'obtint par la rectification du naphte pesant 753, et bouillant à 320°, tandis que l'eupione que décrivait Reichenbach bouillait précisément à la même température, et pesait 740. Du naphte vendu dans Paris pour conserver le potassium, naphte incolore, et ne contenant pas d'oxigène, m'a donné, en le rectifiant deux fois, un liquide pesant 755, presque le même poids spécifique que celui du napthe de Perse que le docteur Thompson rectifie. Saussure retira du naphte d'Amiano un liquide d'un poids spécifique de 758, et bouillant à 186°, et qui par conséquent se rapprochait du point d'ébullition de l'eupione.

Le napthe examiné par Saussure, celui qu'analysa Thompson, et celui qu'on retire du pétrole de Rangoon, enfin celui qu'on vend dans Paris, tous donnent un liquide pesant de 0,753 à 0,765, tandis que l'essence de térébenthine pèse 0,830, et n'a jamais été connue plus légère que 790. Indépendamment de cela, le naphte de Perse du docteur Thompson, celui de Rangoon, et le naphte trouvé dans le commerce à Paris, tous possèdent à un très-haut degré l'odeur particulière de l'eupione. Si nous considérons que l'eupione pure pèse 655, nous ne devons pas nous étonner que son odeur soit déguisée, lorsqu'elle est impure, au point de peser 750.

Mais nous avons d'autres moyens pour distinguer l'eupione de l'essence de térébenthine. Le premier moyen est celui de l'acide nitrique. La décomposition violente que produit cet acide dans l'essence de térébenthine est bien connue. J'ai essayé du naphte de Perse, de Rangoon, et celui du commerce avec de l'acide nitrique tellement concentré qu'il enflammait de suite l'essence de térébenthine; mais aucun phénomène n'avait lieu, excepté à une température élevée: alors une légère couleur brune se développait.

Le second réactif est l'iode, qui, étant projeté dans l'essence de térébenthine, produit une légère explosion

Dans les trois espèces de naphtes que je viens de décrire, l'iode n'opérait aucune action, sinon celle de s'y dissoudre et de donner au liquide une belle couleur violette, ce qui arrive lorsqu'on dissout de l'iode dans de l'eupione. Je suis cependant porté à croire que les huiles de naphte peuvent contenir une quantité minime d'essence de térébenthine, d'après la légère altération qui se manifeste à chaud par la présence de l'acide nitrique et même de l'iode. En effet, nous devons nous attendre à la présence de l'essence de térébenthine dans ces liquides, puisque nous les considérons comme les produits de la distillation décomposante des conifères. Le premier effet de la chaleur est d'en expulser cette essence, qui plus tard se mêle avec le produit de la véritable distillation décomposante.

En résumé, je crois pouvoir conclure des considérations précédentes:

1° Que certaines espèces de naphtes contiennent de la paraffine et de l'eupione, et qu'elles sont, par conséquent, les résultats d'une distillation décomposante;

2° Que le naphte qu'examina le docteur Reichenbach, qui était de l'essence de térébenthine (si elle était pure), diffère considérablement de celui de Rangoon, de Perse, et de celui qui se vend dans Paris, lesquels ne sont nullement de l'essence de térébenthine ;

3° Que l'essence de térébenthine obtenue par M. Reichenbach en distillant de la houille à 212°, prouve que ce charbon de terre n'avait jamais été exposé à une chaleur suffisante pour en expulser cette essence, et, à plus forte raison jamais soumis à une distillation décomposante. Il reste maintenant au géologiste à s'assurer d'où proviennent les naphtes, qui sont évidemment les produits d'une distillation décomposante.

Le pétrole que l'on retire de la houille n'est probablement pas de cette espèce ; car le charbon de terre nous prouve, par la prompte décomposition qu'il subit lorsqu'il est exposé au feu, qu'il n'a jamais été soumis à l'action d'une température élevée.

Si l'on pouvait découvrir un procédé facile et économique pour extraire, du pétrole d'Orient, la paraffine et l'eupione à l'état de pureté, la propriété qu'ont ces corps de brûler sans produire de fumée pourrait les rendre d'une application très-importante, surtout dans le pays où on les trouve. La paraffine égale la cire, quant à la blancheur, et la pureté de sa lumière, qui est plus permanente, et a plus d'intensité, et aucun liquide employé pour les lampes n'approche de l'eupione sous tous ces rapports. Ces substances n'ont aucune mauvaise odeur lorsqu'on les brûle. Je crois que l'on pourra trouver un mode d'extraction assez économique pour l'appliquer en Orient ; mais pour cela il faudrait opérer sur des quantités plus grandes que celles que j'ai eues à ma disposition. Je me propose plus tard de revenir sur ce sujet intéressant.

JOURNAL

DE CHIMIE MEDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

OCTOBRE 1835.

Recherches chimiques sur la combinaison du deutoxide d'azote avec le protosulfate de fer et le sulfate de cuivre en dissolution, adressées à l'Académie royale des Sciences par M. Desbassins de Richemont.

Ces recherches ont été adressées à l'Académie sous forme de lettre.

« Dans la séance du 9 novembre 1832, l'Académie a reçu le dépôt d'un paquet cacheté relatif à des recherches chimiques que j'avais entreprises. Ayant été depuis cette époque constamment écarté de ce premier travail par des observations nouvelles, il m'a été impossible de le terminer encore ; toutefois, en attendant que je puisse soumettre à l'Académie un mémoire complet, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de lui faire connaître, sans plus tarder, quelques applications que j'ai tirées de mes recherches.

« M. E. Peligot a récemment étudié sous un nouveau point de vue la combinaison du deutoxide d'azote avec le proto-sulfate de fer en dissolution dans l'eau. C'est également sur ce singulier composé et sur celui formé par le même gaz avec le sulfate de cuivre que j'ai porté mon attention ; mais avec cette différence, que je les ai étudiés à l'état anhydre ou en dissolution dans l'acide sulfurique concentré, état dans lequel plusieurs chimistes les avaient déjà entrevus sans en avoir bien apprécié la nature.

« Je n'entrerai pour le moment dans aucun détail sur les moyens d'obtenir ces combinaisons anhydres, non plus que sur leur composition et sur leurs propriétés physiques et chimiques. Je me bornerai à dire, pour l'intelligence de ce qui va suivre, que toutes les fois que le protoxide de fer ou le deutoxide de cuivre se trouve dissous dans l'acide sulfurique concentré et en présence d'une quantité quelconque de deutoxide d'azote libre ou naissant, l'acide chargé de fer prend une magnifique couleur qui varie depuis le pourpre le plus foncé jusqu'au rose le plus tendre, tandis que celui qui contient du cuivre devient d'une belle couleur violette ou bleue violacée, susceptible de tous les degrés d'intensité. Ces dissolutions sont complétement et instantanément décolorées par les corps qui cèdent facilement une partie de leur oxigène, tels que l'acide nitrique et les nitrates, l'acide hyponitrique, le sulfate rouge de manganèse, etc.; mais elles ne le sont point par l'acide nitreux et par les nitrites. L'addition d'une certaine quantité d'eau les décolore aussi, en faisant passer successivement l'acide chargé de protosulfate de fer du pourpre au brun, puis au jaune fauve, etc.

« Il est inutile, pour l'objet de cette lettre, d'exposer ici la théorie de ces faits, qui d'ailleurs est facile à détruire. De leur simple énonciation on aura déjà pu conclure qu'en agitant un gaz dans une éprouvette sur le mercure avec un peu d'acide sulfurique concentré, contenant quelques gouttes de dissolution de protosulfate de fer ou de sulfate de cuivre, la coloration de cet acide en rose ou en violet indiquera la présence du deutoxide d'azote. Ce procédé, quoique très-délicat, a peu d'importance ; mais ce qui mérite, je crois, de fixer particulièrement l'attention des chimistes, c'est l'extrême fidélité avec laquelle cette coloration signale la présence des acides nitrique ou nitreux, ou de leurs sels, dont on a mis le deutoxide d'azote en liberté.

« Il suffit, pour cela, d'ajouter à quelques grammes d'acide sulfurique pur à 1,84, une quantité convenable du liquide à examiner, et qui peut varier depuis une goutte jusqu'au quart du volume de l'acide employé ; on agite le mélange, et lorsqu'il est refroidi, on y verse goutte à goutte une dissolution aqueuse concentrée de protosulfate de fer, jusqu'à ce que la couleur rose ou pourpre apparaisse. Avec un peu d'habitude et au moyen d'essais comparatifs, on peut reconnaître ainsi dans l'eau 1/24000 d'acide nitrique libre ou combiné, tandis que, par les procédés d'analyse les plus délicats, indiqués par Berzélius, Rose et Liebig, la présence de cet acide n'est appréciable directement, et avec quelque certitude, que dans les liquides qui en contiennent 1/500 *au moins*.

« Lorsque la liqueur que l'on examine renferme une quantité notable d'acide nitrique ou de nitrates, il peut arriver parfois que la coloration n'ait point lieu, ou du moins qu'elle ne persiste pas, quelque quantité de protosulfate de fer que l'on ajoute. Cela s'explique facilement par ce qui a été dit plus haut sur l'action des corps peroxidans et sur celle de l'eau. Toutefois, dans ce cas, on réussit toujours à produire la coloration d'une manière constante, après quelques tâtonnemens, en prenant un moins grand volume de la liqueur d'essai, ou en y ajoutant de l'eau.

« La présence d'une quantité quelconque d'acide nitreux libre ou combiné, mais complétement exempt d'acide nitrique, est au contraire toujours indiquée

immédiatement par une seule goutte de protosulfate de fer. Cette différence remarquable entre les réactions des acides nitrique ou nitreux, et qu'il est du reste facile d'expliquer, fournit pour les distinguer un caractère utile et dont j'ai tiré parti moi-même dans des recherches que j'ai faites sur les différentes combinaisons de l'oxigène et de l'azote, et dont j'aurai l'honneur d'entretenir plus tard l'Académie.

« Les procédés que je viens de décrire ne sont point applicables seulement à l'analyse qualitative. J'ai construit, à l'instar des chloromètres et des alcalimètres de M. Gay-Lussac, un *nitromètre* au moyen duquel on détermine directement, en quelques minutes et à 1/2 p. 0/0 près, la quantité d'acide nitrique libre ou combiné contenue dans une dissolution aqueuse. Cet instrument sera, je l'espère, particulièrement utile pour l'essai des salpêtres et des nitrates de soude du commerce, qui se fait aujourd'hui par un procédé de lavage beaucoup plus long, et qui me semble fondé sur des bases moins certaines. Sans décrire ici la construction du *nitromètre*, il suffira, pour la faire comprendre, de dire qu'elle repose sur la détermination des quantités relatives de protosulfate de fer dissous dans l'acide sulfurique qui sont nécessaires pour colorer deux dissolutions de nitrates dans le même acide; l'une de ces dissolutions préalablement titrée servant d'étalon, et l'autre étant faite au moment même avec le sel que l'on essaie, et dont les chlorures sont précipitées par un sel d'argent.

« Le protosulfate de fer pourra, d'après ce qui a été dit plus haut, servir utilement à distinguer les acides sulfuriques souillés d'acide nitreux, genre d'impureté fréquent dans le commerce, et qui existe même parfois dans les acides que l'on croit les plus purs, lorsque la distillation a été poussée trop loin. La présence de 1/20000 d'acide nitreux est encore dans ce cas indiquée par une teinte rosée facilement appréciable par comparaison.

« La propriété dont jouit l'azote, de former de l'acide nitrique avec l'oxigène sous l'influence de l'étincelle électrique, est connue depuis long-temps, mais il n'en a été tiré jusqu'à présent, du moins à ma connaissance, aucun parti pour l'analyse. L'extrême sensibilité du réactif que je propose fournira les moyens de mettre en évidence cette propriété de l'azote, et d'en tirer un caractère *positif* pour reconnaître ce gaz dont on ne pouvait auparavant constater que les caractères *négatifs*, mode d'analyse toujours fort incertain. Il suffit pour cela de faire détonner sur le mercure, dans un petit eudiomètre convenablement disposé, un mélange à parties égales d'hydrogène et d'oxigène parfaitement purs, auquel on ajoute une certaine quantité, 1/3 ou 1/6 de son volume, par exemple, du gaz, que l'on suppose être de l'azote ou en contenir. Après la combustion, on lave les parois intérieures de l'eudiomètre avec un peu d'acide sulfurique concentré chargé de protosulfate de fer, et l'acide se colore en rose pour peu que le mélange gazeux ait contenu de l'azote libre ou combiné. Ce procédé, que je n'ai fait ici qu'indiquer sommairement, pourra, je crois, être utile dans beaucoup de circonstances; sans parler de la facilité avec laquelle il permet de répéter en quelques minutes, et de la manière la plus complète, la belle expérience de Cavendish, il m'a déjà servi à reconnaître et à éviter différentes erreurs assez sensibles auxquelles on est exposé en employant plusieurs des procédés analytiques aujourd'hui en usage, et qui feront l'objet d'un mémoire spécial.

« Dans les procédés que j'ai décrits comme propres à constater la présence des acides nitreux et nitrique, on peut remplacer le protosulfate de fer par le sulfate de cuivre; mais alors, pour que la couleur violette se développe, il faut en même temps ramener ces acides à l'état de deutoxide d'azote, en les agitant long-temps et vivement avec des corps qui s'emparent de leur excès d'oxigène, tels que le mercure, le phosphore, les hydrogènes phosphorés, etc. Ce moyen est donc toujours plus compliqué que celui basé sur l'emploi du protosulfate de fer, et j'ajouterai qu'il n'est point, à beaucoup près, aussi sensible.

« Employées convenablement, mais en sens inverse de ce qui a été dit ci-dessus, les propriétés que possède le deutoxide d'azote, en combinaison avec le protosulfate de fer et le sulfate de cuivre, permettent encore de reconnaître directement les moindres quantités des oxides de ces métaux dans l'acide sulfurique concentré, ou de ces métaux eux-mêmes dans le mercure. Dans le premier cas, on ajoute à l'oxide que l'on examine des traces d'acides nitrique ou nitreux très-purs, s'il n'en contient pas déjà, et on l'agite vivement avec quelques bulles de mercure exempt de fer et de cuivre qui ramènent ces acides à l'état de deutoxide d'azote, et font passer le peroxide de fer, s'il y en a, à un moindre degré d'oxidation. Quand c'est au contraire le mercure dont on veut constater la pureté, l'opération se fait de la même manière, mais ce sont alors les acides qui, servant de réactifs, doivent être parfaitement purs. Dans les deux cas, la coloration en pourpre, rose, bleu, violet ou lilas, indique la présence du fer, du cuivre ou de ces deux métaux.

« Telles sont, en résumé, les principales applications qui ressortiront du mémoire que j'aurai l'honneur de soumettre plus tard au jugement de l'Académie. Si je suis entré dans quelques détails d'exécution, qui ont alongé cette lettre, c'est afin que les chimistes qui en auront connaissance puissent mettre à profit, dès à présent, les nouveaux moyens d'analyse que je propose, et qui serviront peut-être à jeter quelque jour sur plusieurs questions importantes pour la théorie et la pratique, telles que la formation spontanée des nitrates terreux et alcalins avec ou sans le concours des matières animales, celle des acides nitreux et nitrique dans la décomposition d'une foule de matières organiques, l'existence de vapeurs nitreuses dans certains brouillards, la falsification ou le degré de pureté de différentes substances employées dans la médecine, dans les arts et dans le commerce, etc. »

—

Action de l'électricité voltaïque sur l'alcool, l'éther et les solutions aqueuses. — Lu à la Société royale d'Edimbourg, le 27 avril, par Arthur Connell.

Ce travail a été entrepris à la suite d'une observation où l'auteur remarqua que l'alcool tenant une très-petite quantité de potasse caustique pure en solution, 1/300 par exemple, étant mis en communication avec une pile voltaïque d'une force médiocre, telle qu'une petite batterie de 50 paires de plaques de 2 pouces, il se manifestait des indices de décomposition, par le dégagement d'un gaz au pôle négatif, tandis qu'il n'y avait nul effet produit au pôle positif. Cette expérience rappela immédiatement à l'esprit de l'auteur le fait avancé quelques années auparavant par M. Ritchie, savoir, que l'alcool qui ne contient aucune autre substance en solution était décomposé par une puissante batterie, et que le pôle négatif dégageait un gaz que M. Ritchie considéra comme du gaz oléfiant. L'auteur fut donc d'abord porté à croire, par analogie, que le gaz qu'il avait obtenu était aussi du gaz oléfiant; mais en l'examinant par le chlore et avec l'endiomètre de Volta, il trouva que c'était de l'hydrogène, mêlé, quand on l'avait recueilli à l'alcool en contact avec l'air atmosphérique, avec une proportion variable des gaz constituant l'atmosphère, qui avaient été dissous par le liquide, et pur, quand l'alcool était placé dans le vide, et lorsque l'expérience avait lieu dans un tube fermé. Il obtint, avec de l'alcool à 0,7928 de pesanteur spécifique à 66°, les mêmes résultats qu'en faisant usage de l'alcool à 0,830. Quand l'expérience avait lieu avec de l'alcool contenant 1/200 de potasse et dans un petit tube avec les fils conducteurs placés parallèlement et à peu de distance, et qu'on se servait de 70 paires de plaques de 4 pouces, le liquide s'échauffait considérablement, bouillait même, et devenait graduellement rougeâtre; il se précipitait aussi un peu de carbonate de potasse; mais c'était seulement lorsque l'action était extrêmement énergique qu'il se formait de l'acide carbonique.

De petites quantités d'autres substances solubles, telles que le chlorure de calcium, l'acide boracique, produisaient le même effet que la potasse, et donnaient un dégagement de gaz, quoique moins abondamment. On trouva aussi que de l'alcool à 0,7928, ne contenant rien en solution, était décomposé par 216 plaques de 4 pouces dans un petit tube, lorsque les extrémités des fils conducteurs étaient rapprochées l'une de l'autre de 1/20 ou 1/30 de pouce; qu'il se dégageait du gaz au pôle négatif comme auparavant, et rien au pôle positif; et enfin, que le gaz dégagé était de l'hydrogène, mêlé, comme dans l'expérience précédente, à une petite quantité d'air atmosphérique provenant du liquide. Après l'action, l'alcool contenait une petite quantité de matière résineuse.

L'effet de la présence d'une petite quantité de matière étrangère est d'accroître le pouvoir conducteur du liquide comme on le voit par l'action plus intense qui se manifeste sur un galvanomètre; l'alcool devient aussi plus facile à décomposer.

Il faut donc, dans ce cas, concevoir que l'action consiste dans la décomposition de l'eau contenue dans l'alcool comme partie constituante de ce liquide, quand on agit sur l'alcool absolu; l'hydrogène se dégage au pôle négatif, et l'oxigène est absorbé par le fluide, comme dans les exemples d'absorption de l'oxigène qu'on observe dans le cas de fermentation acéteuse, dans celui d'une solution alcoolique de potasse exposée à l'air, et dans d'autres circonstances. La formation de l'acide carbonique, pendant la durée de l'action voltaïque, correspond à celle des acides acétique et formique dans les exemples cités ci-dessus, mais dénote une oxidation plus énergique.

Le gaz positif peut, dans certaines circonstances, apparaître aussi avec le gaz négatif; ainsi, en étendant l'alcool avec un poids d'eau égal au sien, ou en dissolvant 1/100 de potasse dans de l'alcool de 0,840, ou bien en adoptant des dispositions qui donnent lieu à certains effets électriques, tels qu'en renversant la batterie après qu'elle a été quelque temps en activité, ou en faisant l'expérience dans des vases de métal, au lieu de verre ou de porcelaine, on obtient l'effet désiré.

Quand de l'alcool à 0,796, et contenant une petite quantité de potasse en solution, est comparé avec de l'eau qui contient la même quantité de potasse, en faisant passer le même courant électrique à travers les deux solutions, suivant la disposition appelée voltaélectrométrique par M. Faraday, on trouve que la même quantité de gaz se dégage aux deux pôles négatifs, ce qui prouve que, dans les deux solutions, c'est l'eau seule qui éprouve la décomposition. Il est aisé de conclure de ces faits que l'eau en nature entre dans la composition de l'alcool.

De l'éther pur, rectifié sur du chlorure de calcium, fut soumis à l'action de 216 plaques de 4 pouces sans qu'il se manifestât la plus légère trace de décomposition ou d'action sur un galvanomètre qui consistait en une aiguille magnétique de 7 pouces de longueur, placée au centre de 30 circonvolutions du fil de cuivre isolé. Ce liquide ne fut pas non plus décomposé quand il contenait en solution du sublimé corrosif, du chlorure de platine, ou de l'acide chromique.

En admettant comme prouvée l'opinion que l'alcool est un hydrate, l'auteur considère comme très-probable que c'est, comme M. Liebig le suppose, un hydrate d'éther; mais il pense que l'action nulle de la pile sur l'éther n'est pas favorable à la manière de voir de M. Liebig, savoir, que l'éther est l'oxide d'un radical inconnu, parce que, dans cette hypothèse, il devrait pouvoir se décomposer.

L'auteur a été aussi amené à examiner la justesse du principe de M. Faraday sur l'action définie de quelques courans électriques relativement aux solutions, et il le trouve exact pour l'eau, ainsi qu'il a pu le constater par la quantité constante d'hydrogène qui s'est dégagé des solutions acides, alcalines ou salines. Il pense ce-

pendant que, dans des solutions d'hydracides, l'acide n'est pas directement décomposé, et que ces cas sont simplement des exemples confirmatifs de la composition définie de l'eau. Il est arrivé à ce résultat, en mettant l'acide étendu en communication avec le fil négatif et l'eau pure ou acidulée, au moyen de l'acide sulfurique avec le fil positif d'une batterie, et en faisant communiquer les deux liquides par une mèche d'amiante. Dans cette circonstance, l'hydrogène et l'oxigène se dégagent aux deux pôles; mais ni le chlore, ni l'iode ne se rendent dans le côté positif de ces liquides, et ce n'est que long-temps après, et lorsque quelque hydracide a passé déjà dans le liquide positif, que le chlore et l'iode commencent à se montrer en très-petite quantité, par suite d'une réaction secondaire. Quand on renverse la batterie, et que l'hydrogène est rendu positif, l'oxigène ne se dégage plus, et le chlore ou l'iode se montrent immédiatement comme produits secondaires. Des expériences analogues ont montré que la décomposition des sels haloïdes était due à un effet secondaire.

L'auteur a trouvé que, quand l'acide iodique était entièrement délivré de l'eau qu'il contient, en le maintenant en fusion dans un tube jusqu'à ce que cette eau fût expulsée, et en le soumettant à la pile pendant qu'il était encore à l'état de fusion, le galvanomètre éprouvait une déviation; mais, comme la chaleur nécessaire pour la fusion était seule suffisante pour décomposer l'acide, ce fait ne peut servir à établir d'une manière positive l'action voltaïque sur ce corps, et, par conséquent, ne peut offrir une exception à la loi de l'action électrique qui se borne aux substances composées d'un même nombre d'atomes que leurs constituans.

J. F.

Note sur un nouveau carbure d'hydrogène, et sur une nouvelle série de combinaisons éthérées. — lue à l'Académie royale des Sciences, le 13 juillet 1835, par MM. Dumas et Pelicot.

Dans notre précédent mémoire sur le méthylène et l'esprit de bois, se trouve établie l'existence d'un nouvel alcool. On connaît donc aujourd'hui deux carbures d'hydrogène, $C^4 H^4$ et $C^8 H^8$, capables de former chacun deux hydrates et un grand nombre de combinaisons éthérées. On sait qu'il en existe un troisième qui a pour formule $C^{16} H^{16}$; mais on n'a point examiné les composés qu'il peut produire. Pour montrer combien la série formée par ces carbures d'hydrogène isomériques est régulière et abondante, il nous suffira d'annoncer la découverte d'un carbure nouveau qui a pour formule $C^{64} H^{64}$. Ainsi, voilà quatre carbures d'hydrogène qui sont identiques pour la composition, mais dans lesquels la condensation des atomes se trouve exactement comme les nombres 1, 2, 4, et 16, ce qui semble indiquer l'existence de composés intermédiaires qui ne seraient pas encore connus.

Le nouveau carbure d'hydrogène que nous annonçons s'obtient en distillant l'éthal avec de l'acide phosphorique vitreux ou anhydre. C'est un liquide incolore, huileux, bouillant vers 260° C. On peut le distiller sur du potassium. L'analyse de ce produit se confond avec celle du méthylène et de l'hydrogène bi-carboné; mais sa formule se représente, comme nous l'avons dit, par $C^{64} H^{64}$.

Il résulte évidemment de la préparation même de ce corps et de l'analyse de l'éthal, que cette dernière substance doit se représenter par $C^{64} H^{64}, H^4 O^2$, c'est-à-dire des volumes égaux du nouveau carbure d'hydrogène et d'eau, distillée avec l'acide phosphorique; elle perd son eau et le carbure devient libre. L'éthal est donc un nouvel alcool, et comme elle se produit pendant la saponification du blanc de baleine ou *sperma ceti*, nous donnerons le nom de *cétène* à l'hydrogène carboné dont nous venons de parler, et l'éthal deviendra un bihydrate de cétène. Quand on distille un mélange d'éthal et de perchlorure de phosphore, on obtient un produit liquide, huileux, bouillant vers 320°, et brûlant avec une flamme verte sur les bords. C'est du chlorhydrate de cétène qui donne à l'analyse exactement $C^{64} H^{64}, Ch^2 H^2$. C'est un composé de volumes égaux de cétène et d'acide chlorhydrique, exactement semblable aux composés correspondans du méthylène et de l'alcool. — En mettant l'éthal en contact avec l'acide sulfurique concentré, il se forme de l'acide sulfocétique qui se prend en masse. — Le sulfocétate de potasse ressemble beaucoup à un savon. Il cristallise très-bien dans l'alcool, il est formé de $C^{64}, H^{64}, SO^3 + KO, SO^3 + K^2 O$. Cette formule est exactement semblable à celle du sulfovinate de potasse. Enfin, le blanc de baleine lui-même est un composé défini, formé d'un atome d'acide oléique, d'un atome d'acide margarique, de trois atomes de cétène et de trois atomes d'eau.

Ces faits suffiront pour établir la théorie du cétène et de ses diverses combinaisons; ils prouvent jusqu'à l'évidence que le blanc de baleine est un corps analogue aux éthers, l'éthal un composé semblable à l'alcool ou à l'esprit de bois. La saponification du blanc de baleine se passe donc de la même manière que la décomposition des éthers composés par la potasse. L'analogie entre les corps gras et les éthers, signalée par M. Chevreul et l'un de nous (M. Dumas), se trouve donc vérifiée en ce qui concerne le blanc de baleine.

Nous ferons remarquer, en terminant cette note, que les divers carbures d'hydrogène isomériques, dont nous avons donné la liste, forment des composés d'autant plus stables que leur poids atomique est plus faible. Le cétène est donc celui dont les combinaisons paraissent le moins stables. Au contraire, plus le poids atomique du carbure s'élève, plus aussi le point d'ébullition du carbure lui-même ou de ses composés se trouve élevé. Nous déterminerons quelques points d'ébullition pour des combinaisons correspondantes, d'un manière parfaitement exacte.

J. F.

—

Des émulsions ; par M. Béral, pharmacien.

Les émulsions sont des médicamens liquides offrant ordinairement la couleur blanche du lait et son opacité. Elles sont formées d'eau et de principes huileux ou résineux, qui y sont divisés et tenus en suspension à l'aide d'un mucilage naturel ou factice. On les prépare en versant de l'eau sur certaines semences oléagineuses à mesure qu'on les pile, ou en versant le même menstrue sur une huile ou sur une résine liquide, pendant qu'on la triture dans un mortier avec un mucilage, ou avec le jaune d'œuf.

Il y a deux sortes d'émulsions : les émulsions huileuses et les émulsions résineuses. Elles sont appelées vraies, lorsqu'elles proviennent directement de semences huileuses ou des gommes-résines, sans autre intermédiaire que l'eau ; elles sont dites d'imitation, lorsqu'elles sont préparées avec des huiles ou avec des résines liquides, tenues en suspension dans le même menstrue, à l'aide d'une gomme ou de tout autre intermède.

On divise encore les émulsions en simples et composées, selon qu'une ou plusieurs substances actives figurent dans leur composition.

Dans l'intention, soit de rendre ces médicamens plus agréables, soit d'en modifier les propriétés, on leur associe divers ingrédiens. Lorsque cette addition consiste simplement en une substance, on complète leur dénomination par un adjectif, et on évite ainsi de les faire passer dans la classe des composés.

Modes préparatoires.

1er mode, *applicable aux émulsions huileuses sans intermède.*

On pile, dans un mortier de marbre, les semences avec une petite quantité d'eau, pour les réduire en pâte ; lorsque le mélange est bien homogène, on le délaie dans le restant du liquide ; on passe à travers une étamine, et l'on filtre.

Plusieurs pharmacologistes recommandent de piler les semences oléagineuses avec le sucre avant d'ajouter l'eau. Par cette manipulation, le parenchyme passe au travers du blanchet, ce qui rend l'émulsion moins agréable.

2e mode, *applicable aux émulsions huileuses préparées avec le mucilage de gomme, ou avec le jaune d'œuf.*

On met le mucilage dans un mortier de marbre, et on y ajoute peu à peu et alternativement l'huile prescrite et autant d'eau, en triturant sans cesse ; lorsque le mélange est émulsionné, on ajoute le restant de l'eau en plusieurs fois.

Ce n'est que par une manipulation particulière, et qui exige une certaine habitude, que l'on parvient à mêler exactement l'huile, le mucilage et l'eau ; mais la mixtion s'en fait parfaitement bien, en unissant une certaine quantité de sirop au mucilage avant d'ajouter l'huile. Il en est de même pour toutes les mixtures huileuses rendues émulsives par le jaune d'œuf.

3e mode, *applicable aux émulsions résineuses préparées sans intermède.*

Pilez dans un mortier de marbre, la gomme ammoniaque ou toute autre gomme-résine ; ajoutez-y peu à peu l'eau prescrite, en agitant continuellement le mélange, et faites passer au travers d'un tissu de laine.

4e mode, *applicable aux émulsions résineuses préparées avec le jaune d'œuf.*

Mêlez exactement, dans un mortier de marbre, le jaune et la résine, et ajoutez-y peu à peu l'excipient, en ayant le soin d'agiter continuellement le mélange avec un pilon.

5e mode, *applicable aux émulsions résineuses préparées avec le mucilage de gomme.*

Mettez le mucilage dans un mortier, et ajoutez-y alternativement et par petites quantités à la fois, la résine et un peu d'eau, en triturant sans discontinuer : lorsque le mélange sera laiteux et bien homogène, ajoutez le restant de l'eau et mêlez entièrement.

FORMULES D'ÉMULSIONS SIMPLES.

Émulsions huileuses.

Émulsions d'amandes douces.

Simple.	Eau commune.	16 onces.
	Amandes douces mondées.	8 gros.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Sirop hydrolique simple.	1 once.
	Sirop d'hydrol. de fl. d'orang.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Amandes douces mondées.	8 gros.

Premier mode de préparation.

Émulsion d'amandes amères.

Simple.	Eau commune.	16 onces.
	Amand. douc. mond., n° 24, ou	6 gros.
	Amand. amères mond., n° 10, ou	2 gros.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Sirop hydrolique simple.	2 onces.
	Total.	16 onces.
	Amandes douces mondées.	6 gros.
	Amandes amères mondées.	2 gros.

Premier mode de préparation.

Émulsion de noisettes.

Simple.	Eau commune.	16 onces.
	Noisettes mondées.	8 gros.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Sirop hydrolique simple.	2 onces.
	Total.	16 onces.
	Noisettes mondées.	8 gros.

Premier mode de préparation.

ÉMULSION DE PIGNONS DOUX.

Simple.	Eau commune.	16 onces.
	Pignons doux.	8 gros.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Sirop hydrolique simple.	1 once.
	Sirop d'hydrolat de fl. d'oranger.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Pignons doux.	8 gros.

Premier mode de préparation.

ÉMULSION DE PISTACHES.

Simple.	Eau commune.	16 onces.
	Amandes de pistaches.	8 gros.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Sirop hydrolique simple.	1 once.
	Sirop d'hydrolat de fl. d'oranger.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Amandes de pistaches.	8 gros.

Premier mode de préparation.

ÉMULSION DE CHÉNEVIS.

Simple.	Eau commune.	16 onces.
	Chénevis.	8 gros.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Sirop hydrolique simple.	1 once.
	Sirop d'orgeat.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Chénevis.	8 gros.

Premier mode de préparation.

ÉMULSION D'HUILE D'AMANDES.

Simple.	Eau commune.	12 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	2 onces.
	Huile d'amandes douces.	2 onces.
	Total.	16 onces.
Médicinale.	Supprimez : eau.	2 onces.
	Ajoutez : sirop simple.	2 onces.

Deuxième mode de préparation.

ÉMULSION D'HUILE DE RICINS.

Simple.	Eau commune.	12 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	2 onces.
	Huile de ricins.	2 onces.
	Total.	16 onces.
Médicinale.	Supprimez : eau.	2 onces.
	Ajoutez : sirop d'orgeat.	2 onces.

Deuxième mode de préparation.

ÉMULSION D'HUILE DE LIN.

Simple.	Eau commune.	12 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	2 onces.
	Huile de lin.	2 onces.
	Total.	16 onces.
Médicinale.	Supprimez : eau.	2 onces.
	Ajoutez : sirop simple.	2 onces.

Deuxième mode de préparation.

ÉMULSION AU JAUNE D'OEUF.

Simple.	Eau commune bouillante.	15 onces.
	Jaunes d'œufs, n° 2, ou.	1 once.
	Total.	16 onces.
Médicinale.	Eau commune bouillante.	14 onces.
	Jaunes d'œufs, n° 2, ou.	1 once.
	Sucre en poudre.	1 once.
	Total.	16 onces.

Préparez selon l'art.

ÉMULSIONS RÉSINEUSES.

ÉMULSION DE GOMME AMMONIAQUE.

Simple.	Eau commune.	16 onces.
	Gomme ammoniaque en larmes.	16 scrup.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Sirop hydrolique simple.	2 onces.
	Total.	16 onces.
	Gomme ammoniaque en larmes.	16 scrup.

Troisième mode de préparation.

ÉMULSION DE TÉRÉBENTHINE.

Simple.	Eau commune.	14 onces.
	Térébenthine de Venise.	1 once.
	Jaunes d'œufs, n° 2, ou.	1 once.
	Total.	16 onces.
Médicinale.	Eau commune.	12 onces.
	Sirop d'orgeat.	2 onces.
	Térébenthine de Venise.	1 once.
	Jaunes d'œufs, n° 2, ou.	1 once.
	Total.	16 onces.

Quatrième mode de préparation.

ÉMULSION D'OPOBALSAMUM.

Simple.	Eau commune.	15 onces.
	Jaunes d'œufs, n° 2, ou.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Opobalsamum.	8 scrup.
Médicinale.	Eau commune.	14 onces.
	Jaunes d'œufs, n° 2, ou.	1 once.
	Sucre en poudre.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Opobalsamum.	8 scrup.

Quatrième mode de préparation.

ÉMULSION DE COPAHU.

Simple.	Eau commune.	12 onces.
	Mucil. de gom arab. à part. égal.	2 onces.
	Copahu.	2 onces.
	Total.	16 onces.
Médicinale.	Eau commune.	10 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	2 onces.
	Sirop de gomme arabique.	2 onces.
	Copahu.	2 onces.
	Total.	16 onces.

Cinquième mode de préparation.

Exemples d'émulsions modifiées par l'addition de quelques substances médicamenteuses.

ÉMULSIONS D'AMANDES CAMPHRÉES.

Émulsions d'amandes douces.	16 onces.
Moins : eau.	2 onces.
plus : hydrolé de camphre.	2 onces.

ÉMULSION DE JAUNE D'OEUF VANILLÉE.

Émulsion au jaune d'œuf.	16 onces.
Moins : sucre.	1 once.
Plus : saccharure de vanille	1 once

ÉMULSION DE CHÉNEVIS NITRÉE.

Émulsion de chénevis.	16 onces.
Plus : nitrate de potasse.	16 grains.

ÉMULSION D'AMANDES MERCURIELLE.

Émulsion d'amandes douces.	16 onces.
Plus : deuto-chlorate de mercure.	1/2 grain.
Plus : hydro-chlorate d'ammon.	1 grain.

ÉMULSION DE COPAHU OPIACÉE.

Émulsion de copahu.	16 onces.
Plus : Alcoolé d'ext. d'opium.	32 gouttes.

ÉMULSION D'AMANDES DIACODE.

Émulsion d'amandes douces.	16 onces.
Moins : sirop simple.	1 once.
Plus : sirop de caps. de pavots.	1 once.

EMULSION DE GOMME AMMONIAQUE A L'HYSSOPE.

Émulsion de gomme ammoniaque.	16 onces.
Moins : eaux.	4 onces.
Plus : hydrolat d'hyssope.	4 onces.

ÉMULSION D'HUILE D'AMANDES SCILITIQUE.

Émulsion d'huile d'amandes.	16 onces.
Moins : sirop simple.	1 once.
Plus : saccharure de scille.	1 once.

ÉMULSION D'AMANDES DIATHRIDACE.

Émulsion d'amandes douces.	16 onces.
Moins : sirop simple.	1 once.
Plus : sirop de thridace.	1 once.

Formules de mixtures ou émulsions composées.

ÉMULSION EXPECTORANTE
de Blondel.

Prenez	Eau commune.	8 onces.
	Hydrolat d'hyssope.	4 onces.
	Total.	12 onces.
Prenez	Sirop de baume de Tolu.	2 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	1 once.
	Huile d'amandes douces.	1 once.
	Total.	16 onces.
	OEnolé de scille.	8 scrup.
	OEnolé d'ipécacuanha.	4 scrup.

Deuxième mode de préparation.

ÉMULSION DIURÉTIQUE
de Davidson.

Prenez	Émulsion simple de gom. ammoniaq.	8 onces.
	Hydrolé de camphre.	6 onces.
	Acétate d'ammoniaque.	1 once.
	Acétomellé de scille.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Nitrate de potasse.	16 grains.
	Ether nitrique alcoolisé.	32 gouttes.

Mêlez et dissolvez.

ÉMULSION ASTRINGENTE
de Dixon.

Prenez	Hydrolé de goudron.	8 onces.
	Hydrolat de sem. d'aneth.	2 onces.
	Sirop de caps. de pavots.	1 once.
	Sirop de baume de Tolu.	1 once.
	Total.	12 onces.
Prenez	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	2 onces.
	Copahu.	2 onces.
	Total.	16 onces.
	Ether nitrique alcoolisé.	4 scrup.

Cinquième mode de préparation.

ÉMULSION NÉPHRÉTIQUE
de Dupont.

Prenez	Émulsion prép. avec 12 am. douc.	12 onces.
	Hydrolat de laitue.	2 onces.
	Sirop de violettes.	1 once.
	Sirop de guimauve.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Bi-carbonate de soude.	16 grains.
	Nitrate de potasse.	4 grains.

ÉMULSION ANTI-HYSTÉRIQUE
de Joannez.

Prenez	Eau commune.	8 onces.
	Hydrolat de laitue.	4 onces.
	Hydrolé de camphre.	2 onces.
	Saccharure de castoreum.	1 once.
	Jaunes d'œuf, n° 2, ou.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Alcoolé d'assa-fœtida.	8 scrup.
	Pyroléule de succin.	4 gouttes.

Préparez selon l'art.

ÉMULSION SOMNIFÈRE
de Morgan.

Prenez	Eau commune.	10 onces.
	Émulsion simple d'amandes douces.	4 onces.
	Sirop d'hydrolat de fl. d'oranger.	1 once.
	Sirop de fleur de coquelicot.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Alcoolé de lupuline à 1/4.	4 scrup.

Mêlez exactement.

ÉMULSION ANTI-NÉVRALGIQUE
de Récamier.

Prenez	Hydrolat de cannelle.	4 onces.
	Hydrolat de menthe poivrée.	4 onces.
	Sirop d'éther sulfurique.	2 onces.
	Sirop d'hydrolat de fl. d'oranger.	2 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	1 once.
	Jaunes d'œuf, n° 4, ou.	2 onces.
	Oléolé de térébenthine.	1 once.
	Total.	16 onces.

Préparez selon l'art.

ÉMULSION ANTHELMINTIQUE
de Rolandeau.

Prenez	Émulsion simple d'amandes douces.	8 onces.
	Hydrolat de semen contra.	2 onces.
	Hydrolat de camomille.	2 onces.
	Sirop de mousse de Corse.	2 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	1 once.
	Huile de ricins.	1 once.
	Total.	16 onces.

Deuxième mode de préparation.

ÉMULSION SÉDATIVE
de Rousselin.

Prenez	Émulsion de 16 am. dont 4 amèr.	6 onces.
	Hydrolature de 8 grains de feuil. de digit. pourprée.	4 onces.
	Hydrolat. de 4 feuil. d'oranger.	4 onces.
	Sirop d'hydrolat de fl. d'oranger.	1 once.
	Sirop d'acétate de morphine.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Ether sulfurique.	16 gouttes.

Mêlez exactement.

ÉMULSION EXCITANTE
de Wilson.

Prenez	Eau commune.	8 onces.
	Hydrolat de carvi.	4 onces.
	Total.	12 onces.
Prenez	Saccharure de vanille.	2 onces.
	Mucil. de gom. arab. à part. égal.	1 once.
	Huile d'amandes douces.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Phosphore.	1 grain.
	Oléolé de macis.	8 gouttes.

Deuxième mode de préparation avec dissolution préalable du phosphore dans l'huile.

ÉMULSION SUDORIFIQUE
de Wolosky.

Prenez	Hydrolature de 6 scrup. de sassafras.	12 onces.
	Acétate d'ammoniaque.	2 onces.
	Sucre blanc.	2 onces.
	Total.	16 onces.
	Noisettes mondées.	1/2 once.
	Bourgeons de sapin.	1/2 once.

Premier mode de préparation.

ÉMULSION COSMÉTIQUE
de Gowland.

Prenez	Émulsion de 3 onc. d'am. am.	15 onces.
	Hydrolat de laurier-cerise.	1/2 once.
	Hydralcool.	1/2 once.
	Total.	16 onces.
	Deuto-chlorure de mercure.	16 grains.
	Hydrochlorate d'ammon.	32 grains.

Mêlez et dissolvez.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 21 septembre.

Nouvelle distribution du règne animal, par M. Ehrenberg. — Lettre de M. Berthelot sur les habitations, les tombeaux et les habitudes des anciens Canariens. — Lettre de M. Velpeau sur l'embryogénie. — Note de M. Larrey sur le choléra.

M. de Humboldt présente au nom de l'auteur, M. Ehrenberg, membre de l'académie des sciences de Berlin, et correspondant de l'Institut, un tableau d'une *nouvelle division du règne animal en 28 classes, fondée sur l'organisation et la généralité d'un type qui se révèle dans le système sensitif, vasculaire, de locomotion, de nutrition et de propagation.* Ce tableau est en allemand.

Dans le système de M. Ehrenberg, dit M. de Humboldt, 22 des 28 groupes appartiennent aux animaux sans vertèbres, que l'auteur divise selon qu'ils possèdent un cœur ou en sont dépourvus, en *cordata* et en *vasculosa*. Dans ceux-ci, les vaisseaux ne présentent pas de pulsation ; le mouvement rapide des liquides est souvent favorisé par l'oscillation des parois internes des vaisseaux. L'organe digestif est ou unique (simple) comme dans les *tubulata*, ou divisé et multiforme commme dans les *racemifera*, dont la dernière classe à cils vibrans, et hermaphroditisme presque toujours visible, offre les *polygastrica* ou infusoires.

M. Ehrenberg, dans le cours de deux expéditions (l'une en Syrie, en Nubie, à Dongola et à la mer Rouge, l'autre dans le nord de l'Asie et à la mer Caspienne), a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'organisations. Il a continué sans relâche, en Europe, ses recherches microscopiques, mais il ne présente son tableau général que comme un essai susceptible de perfectionnement et de développemens successifs.

Analyse des diverses eaux proposées pour l'approvisionnement de Bordeaux. — Le ministre de l'instruction publique transmet une demande adressée par le préfet de la Gironde et le maire de Bordeaux au ministre du commerce, tendant à obtenir de l'académie des sciences l'examen comparatif de différentes eaux qui sont offertes à l'administration municipale de Bordeaux pour servir à l'alimentation de cette ville. Une caisse contenant dix bouteilles de chacune de ces eaux est arrivée à Paris et sera mise à la disposition de la commission.

Le secrétaire perpétuel fait remarquer qu'il y a urgence à s'occuper sans délai de cette analyse, plusieurs compagnies s'étant présentées les unes pour élever dans la ville l'eau de la Garonne, les autres pour y faire arriver celles de diverses sources. L'autorité municipale attend pour se décider la réponse de l'académie.

MM. Thénard, Dumas et Robiquet, sont chargés de faire cette analyse.

Ancien état des Canaries. — M. Berthelot, à l'occasion d'une communication faite dans la précédente séance par M. Bory, relativement aux recherches de M. Despréaux dans les îles Canaries, ajoute quelques nouveaux détails sur le même sujet, et présente pour le muséum de l'académie, en son nom et celui de M. Webb, une tête très-bien conservée d'un des anciens habitans de la Grande-Canarie, trouvée dans un tumulus de cette île.

En 1820, dit M. Berthelot, à l'époque de mon premier voyage à Canarie, j'avais déjà eu connaissance des tombeaux dont fait mention M. Despréaux, et je les visitai de nouveau, en 1829, avec M. Webb. Les tombeaux canariens se trouvent dans la nappe de lave de la *isleta*, petite presqu'île qui se joint à la Grande-Canarie par l'isthme du *Guanartême* ou du Prince. On en voit aussi quelques-uns entre les ports de *Nieves* ou de *Juncka*. Ce sont des buttes formées de scories volcaniques entassées sans ordre ; elles occupent de petits espaces d'environ 20 pieds carrés, et n'en ont guère plus de 12 d'élévation. Les corps qu'on retrouve en squelettes ont été placés dans le fond de ces tumulus, à quelques pieds au-dessous du niveau du sol, et ont été garantis de la pression de ces pierres au moyen de plusieurs blocs de lave disposés en voûte. Ces corps avaient été enveloppés dans un linceul d'un tissu végétal formé en apparence de feuilles de palmier. Les fosses qui renferment les ossemens sont remplies de petites baies de *Cneorum pulverulentum* (*orxiama* des aborigènes), plante qui en raison de ses propriétés antiseptiques, était employée dans les embaumemens.

Quant aux anciens monumens visités par M. Despréaux, M. Berthelot, qui les a aussi examinés, regarde leur antiquité comme douteuse.

Quoi qu'il en soit de ces anciennes constructions, poursuit l'auteur de la lettre, il paraît qu'elles n'étaient pas d'un usage général, puisque tout prouve au contraire que les primitifs habitans de la Grande-Canarie vivaient en troglodytes comme leurs voisins les Guanches. A l'Atalaya, de même qu'à Artenara, les populations sont encore troglodytes et se creusent journellement des habitations souterraines.

M. Berthelot termine sa lettre en rappelant qu'il a recueilli aux Canaries un nombre d'espèces végétales beaucoup plus considérable que celui qu'annonce y avoir trouvé M. Despréaux, et parmi lesquelles cent au moins paraissent entièrement nouvelles.

— M. Velpeau adresse une lettre en réponse aux objections présentées contre son travail sur le fœtus, par MM. Coste et Thompson.

« L'Académie a entendu dans sa dernière séance la lecture de deux pièces que les intérêts de la science ne me permettent pas de passer sans réponse. Toutefois, les reproches nombreux que m'adressent MM. Coste et Thompson exigeaient de ma part une trop longue réfutation pour que j'en donne ici le détail. Je demande seulement qu'il me soit accordé de l'exposer à la commission, et qu'aucun jugement ne soit préalablement porté sur les sujets qui nous divisent.

En attendant, je me crois obligé néanmoins d'affirmer, en ce qui concerne M. Coste :

1° Que huit des dix objections qu'il me fait n'ont aucune espèce de fondement, par la raison toute simple qu'elles se rapportent à des opinions qui ne sont, ni dans ma réclamation, ni dans mon livre, ni dans ma pensée. 2° Que les deux autres reproches de sa lettre se rattachent à un double fait que je maintiens comme exact; savoir, que le produit de comption, présenté par lui, est un produit tout à fait altéré, et plus avancé que quelques uns de ceux que j'ai décrits. 3° Qu'il me fait dire dans plusieurs passages exactement le contraire de ce que j'ai soutenu.

Relativement à M. Thompson :

1° Que les motifs de son attaque ont été puisés dans des assertions que je n'ai jamais émises. 2° Que les insinuations qu'il a cru pouvoir se permettre à mon égard, reposent en entier sur de fausses interprétations de mon travail. 3° Qu'on trouve dans l'ouvrage, qu'il dit avoir analysé, un langage et des faits absolument opposés à ceux qu'il m'attribue. 4° Que, pour s'expliquer comment il a pu se méprendre si complétement sur tout ce qu'il invoque contre moi, on est forcé d'admettre, ou que sa qualité d'étranger l'a empêché de saisir la valeur et le véritable sens de quelques uns des termes de notre langue, ou qu'il a parcouru mon livre avec une inconcevable préoccupation (1). 3° Enfin, que je puis, à l'instant même, donner la preuve irrécusable de tout ce que je viens d'avancer.

Je ne terminerai pas sans prier l'Académie de remarquer que ce n'est pas moi qui ai sollicité cette discussion. M. Coste m'a prêté des opinions que je n'ai pas, et en a émis d'autres que je crois inexactes. Mon devoir était donc d'en avertir l'Académie. Son collaborateur, M. Thompson, lui vient aussitôt en aide; et rien n'est plus étrangement contraire à ce que j'ait écrit, que ce qu'ils me font dire! Dès lors la question est trop importante pour que j'hésite à signaler une aussi singulière manœuvre. Si cette lettre était encore trouvée trop *verte*, pour toute excuse, je prierai de songer un moment à quel genre d'attaque elle répond. D'ailleurs, en retournant aux faits, ces Messieurs comprendront, j'espère, qu'il m'eût été impossible d'adoucir les termes d'une pareille réplique; et que j'aurais pu, sans injustice, et malgré les rapports de confraternité que je tiens à conserver avec eux, la présenter sous un jour beaucoup moins favorable encore à leur amour-propre.

Moyen d'empêcher l'asphyxie de l'enfant dans l'accouchement laborieux. — M. Baudelocque annonce qu'il est parvenu à sauver la vie de deux enfans qui se présentaient par les pieds, et dont la tête était restée longtemps engagée, en introduisant dans leur bouche une sonde en argent d'un assez grand diamètre pour permettre l'entrée et la sortie facile de l'air dans l'acte de la respiration.

MÉDECINE. — *Choléra.* — M. Larrey lit une notice sur la nature des causes et le mode de traitement de cette maladie, d'après les observations qu'il a faites dans le cours de sa dernière mission. Ayant émis l'opinion que cette maladie était due principalement à des miasmes qui, en se déplaçant, la pouvaient porter successivement en différens lieux, un membre de la section de médecine s'élève contre cette manière de voir, et paraît craindre qu'on ne s'appuie des paroles de M. Larrey pour représenter le choléra comme contagieux. M. Larrey réplique que cette idée n'est ni dans sa pensée, ni autant qu'il peut le croire dans ses expressions, mais il suffit qu'une personne ait pensé qu'on pouvait les interpréter ainsi pour qu'il consente à les modifier.

Séance du 5 septembre.

Puits artésiens donnant deux fois autant d'eau que la rivière de Bièvre. — Mœurs et organisation des ptéropodes. — Mouvement de la population en France. — Naturalisation dans le midi de la France du Nelumbo.

Puits artésiens. — M. Héricart de Thury adresse quelques détails sur les résultats d'un forage qui a été exécuté par M. Mulot dans une propriété de M. Desbassins de Richemont, à Congé-sur-le-Cher, département d'Indre-et-Loire.

En 21 jours, M. Mulot était arrivé à 210 pieds de profondeur dans la craie, d'où il obtenait 600 litres d'eau à la minute.

A 374 pieds, il a fait jaillir des grès verts une source donnant 1000 litres à la minute.

A 398 pieds une nouvelle nappe d'eau a été atteinte et donnait 2,300 litres à la minute; enfin, ayant percé plus loin, on a obtenu un véritable torrent, qui vomit plus de 4,000 litres d'eau et de sable vert à la minute.

Cette quantité, remarque M. Arago, équivaut à plus de 6,000 mètres cubes par 24 heures; ainsi, un seul puits artésien donne par jour deux fois plus d'eau que la rivière de Bièvre n'en fournit à Paris dans le même espace de temps.

Ptéropodes. — M. d'Orbigny lit un mémoire sur l'organisation et les mœurs de ces animaux.

On les trouve dans toutes les mers, sous l'équateur

---

(1) Qu'on me permette de donner, à l'appui de cette dernière assertion, un des cinquante exemples que renferme le mémoire de M. Thompson. « Un quatrième œuf, dit-il, est balancé pour l'âge, par M. Velpeau, entre six et sept semaines et sept à huit semaines, et se trouve ailleurs avoir au moins trois mois. » Pour arriver à cette singulière proposition, voici comment mon critique s'y est pris. A la page 49, je parle d'un œuf âgé de six à sept semaines. J'en indique un, à la page 30, qui a sept à huit semaines. Puis, il est question, aux pages 28 et 40, d'un œuf de trois mois au moins. On devine, du reste, que ces trois produits n'ont rien de commun entre eux. Mais comme ils m'ont été donnés tous trois par M. Guillon, M. Thompson décide, de sa propre autorité, qu'ils n'en font qu'un, et que, par conséquent, je ne sais pas ce que je dis en les décrivant.

comme dans le voisinage du cercle polaire. Ils sont éminemment pélagiens, ne s'approchant jamais du littoral ; tous aussi ont des habitudes nocturnes ou au moins crépusculaires. Les naturalistes voyageurs, dit M. d'Orbigny, ont dû remarquer, comme moi, que l'on ne prend jamais un seul ptéropode pendant un beau jour, quand le soleil darde avec force ses rayons. Mais, vers 5 heures du soir, lorsque le temps est couvert, deux ou trois espèces commencent à paraître à la surface des eaux, dans les parages qui leur sont propres. Ce sont principalement la petite hyale, *quadritentate*, l'*H. subula* et l'*H. striata*.

Bientôt le crépuscule arrivant, on commence à prendre en grande quantité de petites espèces de cléodores, avec des hyades et des atlantes ; mais les autres espèces n'apparaissent que lorsque la nuit est tout à fait venue. C'est alors que se montrent les pneumodermes, les clios et les grandes espèces de cléodores. Souvent même certaines espèces ne viennent que par une nuit très-obscure ; telle est, par exemple, l'*hyalæa balantium*. Bientôt après les petites espèces disparaissent graduellement, les grosses en font autant, mais un peu plus tard, et vers le milieu de la nuit on ne prend plus que quelques individus de diverses espèces. Il en reste ainsi quelquefois jusqu'au jour ; mais, le soleil levé, on n'aperçoit plus un seul ptéropode à la surface des eaux ni dans leur profondeur aussi loin que l'œil y peut pénétrer. Chaque espèce a, pour se montrer et pour disparaître, ses heures déterminées, ou plutôt ses degrés d'obscurité.

M. d'Orbigny pense pouvoir conclure de ces habitudes que chaque espèce habite dans les eaux à une profondeur qui lui est propre, et où par conséquent la lumière est plus ou moins atténuée selon qu'elle a à traverser une couche plus ou moins espacée. Chaque espèce ainsi n'arriverait à la surface qu'au moment de la journée où l'obscurité est à peu près celle qui règne pendant que le soleil est sur l'horizon dans la zone qu'elle occupe, s'élevant ainsi graduellement à mesure que la clarté diminue.

Peut-être fera-t-on remarquer que jusqu'à présent on n'a point reconnu d'yeux aux ptéropodes, et voudra-t-on en conclure que ces animaux doivent être à peu près insensibles au plus ou moins d'intensité de la lumière, mais il ne serait pas difficile de montrer, par une foule d'exemples pris parmi des animaux de structure plus simple et même parmi les végétaux, que cette objection est sans valeur.

Les différences qui se remarquent entre les ptéropodes, relativement au plus ou moins d'intensité de lumière qu'ils peuvent supporter, se remarquent, non seulement chez d'autres mollusques, mais encore chez les divers classes de vertébrés, certaines espèces étant diurnes, quelques unes plus ou moins crépusculaires, d'autres complétement nocturnes.

Il y a lieu de croire que chaque espèce reste toute l'année dans des parages qui lui sont propres. Ces parages sont plus ou moins étendus, et les courans servent encore à les agrandir ; c'est peut-être à l'action de cette dernière cause qu'est due la grande diffusion de certaines espèces qui se trouvent dans toutes les mers. Certaines grandes espèces, d'ailleurs, ne se trouvent que dans la zone torride ; d'autres également grandes n'abitent que les régions froides, et l'on peut remarquer en passant que la taille chez ces animaux, de même que chez les céphalopodes, ne semble pas avoir de rapports constans avec le climat.

Les ptéropodes ont un mode particulier de natation en rapport avec leur forme. Les nageoires céphaliques ne peuvent faire avancer et soutenir l'animal auquel elles appartiennent que par des mouvemens continuels comparables à ceux des ailes des papillons. Ces nageoires remuent continuellement avec une aisance et une promptitude remarquables ; et suivant la direction qu'elles affectent, l'animal s'avance horizontalement, monte ou descend, le corps avec la coquille, restant, pendant tout ce temps, vertical ou légèrement incliné, d'autrefois, il tournoie sans changer de place ou même se soutient à une hauteur constante sans mouvemens apparens; mais cette immobilité ne se remarque que chez un petit nombre d'espèces, et toutes, au contraire, présentent le plus habituellement le mouvement papillonnant. Si, pendant qu'ils se meuvent ainsi, l'apparition d'un corps étranger ou même un brusque mouvement du vase dans lequel on les conserve, leur inspire quelque inquiétude, leurs ailes se replient sur elles-mêmes, ou, chez quelques espèces, rentrent entièrement dans la coquille, et l'animal se laisse tomber au fond du vase. Il est probable qu'à l'état de liberté, lorsque l'animal a descendu assez profondément pour se croire en sûreté, il déploie de nouveau ses ailes, et nage pour se soutenir au lieu d'aller gagner le fond.

Nous ne connaissons aux ptéropodes, dit l'auteur du mémoire, aucun moyen de défense ; leurs seules armes, encore n'y a-t-il que les hyales qui en soient pourvues, sont les pointes dont est hérissée la coquille dans laquelle l'animal peut au besoin se retirer.

Afin de s'assurer du genre de nourriture des ptéropodes, M. d'Orbigny examine avec soin l'estomac des grandes espèces, des cléodores, par exemple, et il y a presque toujours trouvé quelques restes de jeune atlantes, principalement l'*A. Keraudren*. Il croit aussi y avoir vu quelques fragmens de petits crustacés entomostracés, qui, dans certaines mers, existent en innombrables essaims.

On conçoit comment, avec leurs nombreuses ventouses tentaculiformes, les pneumodermes peuvent saisir leur nourriture ; mais, quant aux cléodores et aux hyales, leur bouche étant tout à fait au bord externe des nageoires, et non pas au milieu, comme on l'a toujours dit, il est difficile de s'expliquer comment elles retiennent les animaux dont elles font leur proie.

Les hyales servent de nourriture aux poissons et aux céphalopodes pélagiens.

Presque toutes les espèces de ptéropodes sont très-faiblement colorées; beaucoup même sont presque blanches, et ne doivent les nuances qu'on y remarque qu'aux viscères, et surtout au foie et aux ovaires, qui se montrent au travers de leur coquille transparente. Les clios et les pneumodermes seuls ont quelquefois des teintes plus foncées.

Les ptéropodes sont bien plus nombreux en individus et en espèces sous la zone torride que dans les zones tempérées.

Si l'on compare entre eux les différens genres de ptéropodes, on voit que le genre hyale comprend à lui seul un plus grand nombre d'espèces que tous les autres ensemble.

Dans le grand genre hyale, les espèces en cornet sont les plus nombreuses, puis viennent les hyales proprement dits, puis les espèces plus ou moins déprimées ou cléodores.

L'instinct de la sociabilité n'est pas moins marqué chez les ptéropodes que chez les céphalopodes, aussi n'en voit-on pour ainsi dire jamais d'individus isolés; ou l'on n'en prend aucun ou l'on en prend beaucoup à la fois. On les trouve par bancs dont la distribution n'a rien de régulier.

M. d'Orbigny n'a jamais pu trouver ni les œufs des ptéropodes ni même de jeunes individus. Tous ceux qu'on trouve ont à peu près la même taille s'ils appartiennent à la même espèce. C'est une singularité que l'auteur a constatée, mais dont il ne se hasarde pas à proposer l'explication.

Loi de la mortalité et de la population en France. — M. Demonferrand lit un premier mémoire sur le nombre des décès annuels par âge et par sexe.

Tous les ans le ministère de l'intérieur reçoit de chaque département un tableau intitulé : *Feuille du mouvement de la population*, où se trouvent résumés les décès, naissances et mariages qui ont lieu dans l'année. Les naissances sont divisées par mois et par sexe en enfans légitimes, naturels reconnus et naturels non reconnus.

Les décès sont classés par sexe, subdivisés selon l'état civil des décédés, mariés, veufs ou célibataires, et par âge, savoir : dans la première, de 0 à 3 mois, de 3 à 6, de 6 à 12, ensuite d'année en année jusqu'à 10 ans, enfin par périodes de 5 ans depuis la dixième année jusqu'aux limites de la vie.

On trouve, soit au ministère de l'intérieur, soit aux archives du royaume, les collections complètes de la population de 1817 à 1832 inclusivement. Ces documens ont servi de base à tous les travaux des auteurs qui se sont occupés récemment de la population. M. Demonferrant en a extrait :

1° Les naissances par mois et par sexes;

2° Les décès annuels par mois et par sexes, sans distinction de l'état civil des décédés;

3° Les décès par mois, divisés en deux séries, avant et après 30 ans.

L'auteur a formé de ces extraits un tableau pour chaque département, et des résumés annuels des décès par âge. Chaque chiffre inscrit dans une des cases de ces tableaux peut donner, par sa comparaison avec les feuilles du mouvement, une vérification de l'exactitude apportée dans la transcription.

En examinant attentivement les feuilles du mouvement, l'auteur a reconnu qu'elles n'ont pas toujours été rédigées avec un soin consciencieux. On y trouve beaucoup de fautes, les unes faciles à corriger, les autres tellement graves qu'elles obligent à rejeter entièrement les documens qui en sont entachés. M. Demonferrand a examiné sous ce rapport les différens documens indiqués, ceux qui peuvent être corrigés, ceux qui doivent être absolument rejetés, et montre, autant que possible, à quelle cause tenaient les erreurs.

Naturalisation du Nelumbium speciosum. — M. Raffenau Delile lit un mémoire sur cette plante, qui vient de fleurir pour la première fois dans le jardin botanique de Montpellier.

Dans les climats où elle croît naturellement, cette plante, dit M. Delile, est regardée comme sacrée, elle est figurée sur les monumens religieux, elle est placée dans les temples et sur les autels; cultivée dans de riches vases, elle sert à l'ornement des palais. Elle a existé dans l'ancienne Égypte, ajoute-t-il, et elle en a disparu quand elle a cessé d'être protégée par les institutions qui l'avaient fait introduire. C'était de l'Inde qu'elle avait été apportée dans ce pays, où elle était désignée sous le nom de *lotus* qui ne lui appartenait pas exclusivement. Ses tiges en faisceaux ornent les côtés des dés qui supportent les statues colossales égyptiennes. Ses jeunes fruits et ses fleurs couronnent la tête de l'Antinoüs antique, et sont sculptées sur la base de la statue du Nil.

La fève d'Égypte fut découverte en 1602, dans l'Inde, son pays natal. Le fruit en fut apporté, en Hollande, à Lécluse, botaniste français, qui, le premier, en reconnut les caractères, et mit les savans sur la voie d'éclaircir un point d'archéologie resté long-temps obscur.

Après avoir long-temps cherché vainement à s'en procurer des graines, M. Delile en a enfin obtenu de M. Bentam, secrétaire de la société d'horticulture de Londres, et de M. le professeur Dargelas, de Bordeaux.

Le *nelumbium* est principalement intéressant en botanique par la singularité de son fruit dont les caractères ont servi à Tournefort pour établir le genre *nelumbo;* ce nom est celui de la plante à Ceylan. M. de Jussieu en a fait le nom de *nelumbium*, adopté dans la science. Quant à la ressemblance de cette plante avec les autres nymphéacées, en comparant ses feuilles orbiculaires aux feuilles cordiformes du nymphœa, on trouve qu'elles sont construites sur le même plan, et n'en diffèrent que par une soudure permanente de nervures. Le disque des feuilles, dans les deux genres, se déroule également par les deux moitiés parallèles.

La face supérieure des feuilles est d'un velouté extrêmement fin sur lequel l'eau roule par gouttes. Ce n'est point ici un simple enduit glauque farineux, comme dans le pavot ou sur les prunes, mais une organisation papillaire très-vivante sur laquelle l'eau ne s'attache point. La pluie tombe comme dans des coupes, dans les disques des feuilles, profonds de trois pouces, et élégamment rabattus sur les bords comme le pavillon d'un cor-de-chasse. Avant de s'épanouir, la fleur ressemble à une énorme tulipe; M. Delile y a compté 10 à 12 pétales d'un beau rose à leur sommet, et blanchâtres à leur base, et 6 à 8 pétales nuancés de vert en dehors, les étamines, extrêmement nombreuses, ont leurs anthères linéaires, biloculaires, extrorses, tandis qu'elles sont introrses dans le nymphéa, leurs filets se prolongent au-dessus des loges en une petite massue abovoïde de tissu celluleux, dont l'axe est fibreux, capillaire.

Le pollen est globuleux, lisse; on voit à la loupe des graines distinctes sur des stigmates qui sont en plateaux, formés intérieurement de papilles serrées, visibles seulement au microscope. Le fruit est un cône celluleux renversé, dans lequel les graines ou carpelles sont implantées dans presque toute leur longueur, et un peu saillantes à la face aplatie qui forme la base du cône renversé. Le fruit le mieux garni de graines qu'on ait observé à Montpellier en présentait 19; plusieurs de ceux que l'on conserve dans les collections botaniques en offrent plus de 20.

Les graines de *nelumbium* et ses racines peuvent fournir

un aliment, mais un aliment grossier, et c'est surtout sous le rapport de l'ornement que la plante mérite de fixer l'attention.

Séance du 5 octobre.

Rapport sur la statistique de l'affection calculeuse. — Structure du cordon ombilical chez les oiseaux et les poissons. — Anatomie du foie.

Acide carbonique liquéfié. — M. Thilorier écrit à l'Académie pour lui apprendre que les phénomènes qu'il avait annoncés relativement à l'acide carbonique liquéfié, peuvent être maintenant vérifiés par la commission qui a été désignée à l'époque de sa première communication. Il expose le résultat de quelques-unes des observations qu'il a faites sur les propriétés de ce liquide.

Recherches statistiques sur l'affection calculeuse, par M. Civiale. M. Double fait en son nom et celui de MM. Poisson, Dulong et Larrey, un rapport sur ce travail qui a pour objet d'appliquer la méthode numérique à la plupart des questions relatives aux affections calculeuses. Comme élémens de ces recherches, M. Civiale a réuni, non sans peine, un grand nombre de tableaux dressés parmi des populations diverses dans les principales villes et au sein des plus grands hôpitaux de l'Europe. L'analyse de ces tableaux a fourni à l'auteur l'occasion de confirmer ou de rectifier plusieurs idées reçues par les pathologistes ou par quelques-uns d'entre eux. Ainsi l'opinion sur la transmission par hérédité de l'affection calculeuse ne peut plus se soutenir en présence des tableaux dont nous parlons. Ce que l'on avait avancé relativement à l'influence des professions, de l'aisance, du genre d'alimens, des climats, sur la production des calculs, est rendu beaucoup plus problématique qu'on ne le pensait. Au contraire, ce qui avait été dit sur la moindre fréquence des calculs chez les femmes et sur les plus grandes chances pour elles de succès après l'opération est parfaitement confirmé. Mais c'est surtout pour un parallèle des méthodes à l'aide desquelles on attaque et l'on détruit les calculs vésicaux, que M. Civiale a fait usage des documens qu'il a recueillis, c'est-à-dire qu'il cherche à apprécier le rapport des chances de succès qu'offre la taille comparée à la lithotritie, puisque jusqu'à présent toutes les tentatives faites pour dissoudre la pierre dans la vessie n'ont amené aucun résultat satisfaisant.

Nous n'insisterons pas sur l'analyse que donne le rapporteur de cette partie du travail de M. Civiale, il nous suffira de dire que l'auteur déduit ses conclusions de près de six mille faits qu'il est parvenu à réunir; faits tous fournis par la pratique des plus grands chirurgiens actuellement existans en Europe. Sur 5,713 opérations de taille, il trouve 1441 morts, 4,478 guérisons complètes et une centaine d'infirmités consécutives. D'un autre côté, sur 257 malades opérés par la lithotritie, il ne compte que 6 morts. Pour compléter la démonstration de la supériorité de la dernière méthode sur la première, on peut remarquer, dit le rapporteur, que depuis la découverte de la lithotritie, parmi un nombre assez considérable de médecins atteints de la pierre, à peine en citerait-on qui aient été opérés par la lithotomie. Mais, poursuit M. Double, en bonne logique comme en bonne médecine, ce n'est pas sur ce terrain que la discussion doit être portée il ne s'agit pas d'opter entre les deux méthodes, car aucun praticien ne peut prétendre repousser l'une d'elles pour tous les cas, mais de désigner clairement les conditions pathologiques qui indiquent l'application de l'une plutôt que de l'autre.

Le rapporteur passe ensuite à l'usage qu'on peut faire des chiffres recueillis relativement aux succès obtenus des différentes méthodes, et s'attache à prouver que les nombres qu'on obtient par ce moyen, ne sont nullement comparables à ceux qui figurent dans la plupart des recherches statistiques, parce que l'unité n'y a point une valeur constante. Un cas de guérison obtenu dans des chances très-favorables, et où toute méthode eût évidemment réussi, figure pour un, tout de même qu'un cas de mort, après une opération tentée dans des circonstances défavorables, et où les deux opérations eussent été l'une comme l'autre fatale. Mais cent succès obtenus dans le premier cas, ne prouveront pas plus pour le procédé opératoire qu'autant de non succès dans le second, ne prouveront contre. Ainsi, sans supposer aucune erreur dans les nombres portés aux tableaux de statistique médicale, on est exposé à en déduire de très-fausses conclusions, si on ne considère pas chaque cas individuellement, et en tenant compte non-seulement de l'âge, de l'état de santé du malade, de sa position sociale, mais encore de la saison et de la constitution médicale de l'année. Le rapporteur développe longuement ces considérations et conclut en ces termes :

« Après ces réflexions, dont nous serions presque tentés de nous excuser auprès de l'Académie, nous avons hâte de rendre à M. Civiale la justice et le tribut d'éloges qu'il a déjà plusieurs fois mérités et obtenus ici. Aujourd'hui, nous devons dire que son nouveau travail, tel qu'il est, aura fourni de nouvelles preuves à la démonstration des avantages que présente dans la majorité des cas la substitution d'une opération simple, facile, exempte de grands périls, à une autre opération grave, effrayante, dangereuse, et qui constituait jusqu'à ce jour l'unique ressource de l'art. Les commissaires invitent M. Civiale à continuer ses recherches statistiques dans le but de les rendre plus nombreuses, plus circonstanciées et plus concluantes, et en même temps ils ont l'honneur d'appeler sur ce travail l'approbation de l'Académie. »

Avant qu'on mette les conclusions aux voix, M. Thénard demande la parole. « Par ce que vous venez d'entendre, dit-il, et par le seul énoncé de ce fait que M. Civiale a réuni, comparé, disposé dans un ordre méthodique plus de cinq mille cas bien constatés relatifs à l'affection dont il s'occupe, vous pouvez juger qu'elle est l'importance de ces recherches. Je demande dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt de la question, que le travail de M. Civiale soit inséré dans le *Recueil des savans étrangers.*

Cela est indispensable pour que des documens réunis avec tant de peine ne soient pas perdus, car il est évident qu'on ne peut espérer les voir paraître dans des recueils mensuels tels que les Annales de physique et de chimie ou les journaux de médecine. Je n'imagine pas que personne songe à m'objec-

ter la dépense ; l'Académie a les fonds nécessaires pour la supporter et ne saurait, suivant moi, en faire un meilleur usage qu'en assurant la conservation d'un travail qui peut-être ne pourrait être recommencé de long-temps. Quand bien même, comme on vous l'a donné à entendre, quelques-unes des conséquences du travail pourraient être combattues avec succès, il n'en résulterait pas moins que la publication des documens présentés par M. Civiale, ne fût très-importante pour l'élucidation de la question. Je demande donc qu'on imprime le mémoire, et je demande aussi qu'on imprime le rapport.

M. Duméril : Je demande qu'on se contente d'imprimer le rapport qui offre l'extrait d'un travail trop volumineux pour être imprimé en entier. M. Duméril soulève en même temps la liasse de documens présentés, laquelle forme presque un pied cube de papier.

Après longue discussion, M. Arago demande qu'on adjoigne à la commission de nouveaux membres qui examineront comment le travail de M. Civiale peut être rédigé en tableaux

M. Thénard propose que les deux secrétaires perpétuels se chargent de ce soin. On ne décide rien à cet égard ; cependant l'impression, après une nouvelle rédaction, est mise aux voix et adoptée.

M. Biot lit une note sur la distinction entre la combinaison et le mélange au moyen d'indications fournies par les phénomènes d'optique.

Structure et rapports du cordon ombilical. — M. Flourens lit sur cette question un troisième mémoire, dans lequel il considère le cordon chez les oiseaux et les poissons.

Sous le rapport de la structure, cette partie dans les poissons présente déjà des différences avec ce qu'on a vu exister chez les mammifères. La première et la principale est que l'amnios, au lieu d'accompagner le cordon dans toute son étendue, se replie brusquement des bords de l'ouverture ombilicale, et revient immédiatement sur lui-même pour envelopper le fœtus. Les élémens vasculaires n'étant plus revêtus dans toute leur étendue par l'amnios, sont plus séparés les uns des autres, et l'ouverture ombilicale, étant elle-même plus libre, se prête plus facilement à la pénétration du sac vitellin dans l'abdomen, pénétration qui doit s'effectuer vers l'époque de l'éclosion chez l'oiseau, et n'a jamais lieu dans le mammifère.

Quant aux rapports du cordon avec le fœtus, les différences chez l'oiseau, comparé au mammifère, sont aussi très-importantes. L'amnios chez celui-ci, part bien, comme chez l'autre, du pourtour de l'ouverture ombilicale, mais ce n'est plus avec une seule des couches de l'abdomen qu'il se continue, c'est avec toutes ; aussi tandis que l'amnios du mammifère ne répond qu'au derme et à l'épiderme, celui de l'oiseau répond de plus au tissu cellulaire sous-cutané abdominal, aux muscles abdominaux et au péritoine. Les rapports des autres parties sont bien connus, et il suffit de rappeler que la membrane propre du jaune se continue avec l'intestin, l'allantoïde avec la cloaque, les vaisseaux omphalo-mésentériques et ombilicaux avec les vaisseaux propres du fœtus.

L'auteur met sous les yeux de l'Académie plusieurs préparations qui viennent à l'appui de ses assertions.

Un premier résultat qui se déduit de ces observations, c'est que le cordon ombilical de l'oiseau, comparé à celui du mammifère, est plus simple, et se réduit presque aux seuls *élémens vasculaires*. Un second, non moins important, c'est que dans l'oiseau, comme dans les mammifères, toutes les parties de l'œuf se continuent avec les parties données du fœtus, en sorte que l'œuf et le fœtus ne sont, comme il a été dit dans le précédent mémoire, que deux parties, ou plutôt que deux systèmes de parties d'un même être, mais systèmes dont la durée vitale n'est pas la même. Considérées de ce point de vue, toutes les parties de l'œuf ne constituent donc au fond que des *organes temporaires du fœtus*, organes qui servent à sa digestion, comme le *vitellus;* à sa respiration, comme l'*allantoïde*, jusqu'à ce que ses organes propres, son *canal digestif* et ses *poumons* puissent remplir eux-mêmes ces fonctions, comme on voit la *queue* et les *branchies* du têtard subsister tant que ses poumons et ses pattes ne sont pas assez développés, et disparaître dès qu'ils le sont.

L'auteur passe ensuite à la détermination des rapports de l'œuf et du fœtus dans la classe des poissons. On sait déjà depuis quelque temps, et surtout depuis les grands travaux de Cuvier, sur la structure comparée de l'œuf dans les diverses classes, que l'œuf des poissons est beaucoup plus simple que celui des vertébrés aériens. Ainsi, quant aux membranes, il n'en présente que trois : l'une qui enveloppe tout l'œuf, c'est-à-dire le fœtus et le jaune ; une seconde, née du pourtour ombilical et qui enveloppe le jaune seul et non le fœtus ; une troisième, placée sous celle-ci qui est la *membrane propre du jaune*, la membrane *vitelline* ou *ombilicale*. Or, de ces trois membranes, la première seule n'a point de rapport avec le fœtus ; la seconde, composée de deux lames, se continue par l'externe avec la peau et par l'interne avec le péritoine ; la troisième se continue avec l'intestin. Tels sont les rapports de l'œuf et du fœtus dans les poissons.

On voit qu'un fait général, celui de la continuité de l'œuf et du fœtus, se montre et domine partout, dans les mammifères comme dans les oiseaux, dans les oiseaux comme dans les poissons. Mais il est aisé de voir aussi que chacune de ces classes n'en a pas moins sous ce rapport ses caractères déterminés.

Ainsi, le chorion qui, dans l'homme, et autant que l'auteur a pu en juger par la dissection du seul fœtus qu'il ait pu se procurer, dans les quadrumanes, accompagne le cordon et se continue avec le fœtus, demeure au contraire étranger à ce cordon et au fœtus dans les quadrupèdes et dans les oiseaux.

En second lieu, l'amnios qui accompagne le cordon dans tous les mammifères ne l'accompagne plus, ou du moins l'abandonne dès son origine dans les oiseaux. Mais, dans tous ces animaux, dans les mammifères comme dans les oiseaux, l'amnios se continue avec le fœtus, et c'est là son trait essentiel et caractéristique dans l'une comme dans l'autre de ces deux classes.

Quant aux poissons, on sait qu'ils n'ont point de véritable amnios : car, d'une part, la membrane extérieure de l'œuf y embrasse tout à la fois le fœtus et le jaune ou vitellus, et ne s'y unit point au fœtus ; et de l'autre, la seule membrane

qui y naisse du pourtour de l'ouverture ombilicale, et qui, par là du moins, y réponde à l'amnios dans les deux autres classes, est celle que nous avons vue former la membrane la plus extérieure du jaune.

Si donc, dit, en terminant, M. Flourens, l'on réfléchit que le *têtard des batraciens* n'a point d'amnios ou du moins que, comme l'a fait remarquer Carus, il n'en a d'autre que cette première peau qui tombe à l'époque de sa métamorphose; si l'on ajoute que le fœtus des mollusques céphalopodes, de la sèche, par exemple, n'a pas non plus de véritable amnios, du moins de membrane qui se continue avec le fœtus et qui n'enveloppe que lui; si l'on considère enfin que, d'après la grande loi établie par M. Cuvier, l'allantoïde, ou organe temporaire de la respiration, manque dans tous les animaux qui ont des bronchies, peut-être serait-on conduit à cette conclusion qui, si elle était suffisamment vérifiée, serait si importante, savoir : qu'un véritable amnios ne se trouve que là où se trouve une allantoïde.

Études sur le foie. — M. Duvernoy fait un premier extrait d'un travail étendu sur cet organe. Dans cette partie, il s'occupe principalement de la forme du foie chez les mammifères. Les observations faites sur un très-grand nombre d'animaux, l'ont conduit à reconnaître qu'en général certaines dispositions de l'organe appartiennent à toutes les espèces d'un même groupe. On peut prendre une idée de ces rapports dans les propositions suivantes, par lesquelles l'auteur termine son mémoire :

1° Le foie à la fois le moins complet dans sa composition et le moins volumineux, se trouve dans les animaux à estomac multiple, quel que soit leur régime. Tel est celui des ruminans qui vivent des parties les plus tendres des végétaux et celui des cétacés ordinaires qui se nourrissent exclusivement d'animaux marins, parmi lesquels généralement ils choisissent les plus moux.

2° Les tardigrades, qui ont de même plusieurs estomacs, ont aussi le foie petit, ramassé, et moins composé que celui de la généralité des mammifères.

3° Il semble donc que l'élaboration sans doute plus complète des substances alimentaires par l'action successive de plusieurs estomacs, rend celle de la bile moins nécessaire dans la digestion intestinale.

4° Cette dernière proposition est encore confirmée par le petit volume relatif du foie des semnopithèques dont l'estomac est sinon multiple, du moins très-compliqué.

5° Les *cheiroptères*, surtout les *chauves-souris insectivores*, ont le foie très-simple dans sa composition, mais profondément divisé dans les parties qui lui restent, et proportionnément volumineux. Ces particularités de forme et de proportion semblent tenir ici à l'espèce de mouvement plus qu'au régime; elles rapprochent le foie des cheiroptères insectivores de celui des oiseaux.

6° On doit se demander pourquoi le foie de l'*homme* et celui de l'*orang-outang* ressemblent davantage par leur composition simple et incomplète au foie des animaux à estomacs multiples, à celui des ruminans en particulier, qu'au foie de tout autre mammifère. Serait-ce que l'homme, étant destiné à la situation verticale, le foie, dans cette position, aurait pu gêner les fonctions de l'estomac, s'il n'avait été ramené, du moins en grande partie, à la droite de ce viscère.

La même forme dans l'orang-outang, si différente d'ailleurs de celle que présente le foie des autres singes, serait-elle un indice que cet animal a plus de disposition que ceux-ci à la progression verticale?

7° Le régime est la circonstance qui paraît influer le plus sur le volume relatif du foie, après celle de l'existence d'un ou de plusieurs estomacs. En général, le foie est plus complet et relativement plus volumineux dans les mammifères carnassiers que dans ceux qui se nourrissent de substances végétales.

Structure et forme du grain du pollen. — M. Mirbel fait l'examen critique du passage du mémoire de M. Mohl sur ce sujet.

M. Mohl pense que le tissu végétal est composé d'une matière gélatineuse et de petits grains ou mamelons enchâssés dans cette matière, et qui sont des germes d'utricules, lesquelles, dans la plupart des cas, prennent tout leur développement, et constituent ces petites vessies, que l'on désigne sous le nom d'*utricules*.

M. de Mirbel, au contraire, a établi déjà depuis plusieurs années que le végétal tout entier n'est formé que d'utricules qui se multiplient par elles-mêmes, et il rejette l'idée de l'existence d'une matière gélatineuse.

Séance du 12 octobre.

Solidification de l'acide carbonique. — Formation du placenta. — Conductibilité électrique des fils métalliques. — Larves de la mouche commune dans la peau d'un enfant. — Anguilles sortant d'un puits artésien. — Plante de Madagascar à feuilles en dentelle.

Solidification du gaz acide carbonique.—L'annonce de ce fait important pour la science est contenue dans une lettre de M. Thilorier. On se rappellera que, dans la précédente séance, le même expérimentateur avait entretenu l'académie des phénomènes qui accompagnent la liquéfaction du même gaz.

L'acide carbonique gazeux, à la température et à la pression ordinaires, et liquide à 0° sous la pression de 36 atmosphères, devient solide à une température voisine du centième degré au-dessous de la glace fondante, et se maintient pendant quelques minutes dans ce nouvel état, à l'air libre, et sans qu'il soit besoin d'exercer sur lui aucune compression.

« Tandis qu'*à l'état liquide* son ressort, dit l'auteur, est tendu si énergiquement, qu'un gramme de cette substance produit une explosion aussi forte qu'un même poids de poudre, ce ressort, *dans l'état solide*, est entièrement brisé, et le nouveau corps disparaît insensiblement par une lente évaporation. Un fait non moins curieux que la solidification de ce gaz, c'est qu'elle a lieu par l'effet même du passage subit de l'état liquide à l'état gazeux, et que le rapprochement moléculaire qui constitue l'état solide a pour cause déterminante l'expansion d'un liquide qui occupe instantanément un espace 400 fois plus grand que le volume qu'il avait primitivement.

Si l'on dirige un jet d'acide carbonique dans l'intérieur

d'une petite fiole de verre, elle se remplit promptement et presque en entier d'une matière blanche, pulvérulente, floconneuse, qui adhère fortement aux parois, et qu'on ne peut retirer qu'en brisant la bouteille.

Un fragment d'acide carbonique solide, touché légèrement avec le doigt, glisse rapidement sur une surface polie, comme s'il était soulevé par l'atmosphère gazeuse dont il est sans cesse environné jusqu'à son entière disparition.

Si l'on introduit quelques décigrammes de cette substance dans un petit flacon, en ayant soin de le boucher hermétiquement, l'intérieur se remplit d'une vapeur épaisse, et le bouchon ne tarde pas à être chassé avec violence.

La vaporisation de l'acide carbonique solide est complète, et ne laisse que rarement une légère humidité, que l'on doit attribuer à l'action de l'air sur un corps très-froid et dont la température est de beaucoup inférieure à celle où s'opère la congélation du mercure.

La promptitude et l'abondance avec lesquelles il se produit dans des cavités où l'air ni la vapeur d'eau qu'il tient en dissolution ne sauraient pénétrer, lui donne un caractère qu'on ne peut méconnaître. Cependant, dit M. Thilorier, telle est l'étrangeté du fait de la solidification d'un gaz, que je ne m'étais pas fait moi-même une idée exacte de la nature de ce produit avant l'expérience qui a eu lieu en présence de la commission.

M. Arago, après avoir donné lecture de cette lettre, ajoute que la solidification annoncée par M. Thilorier est bien réelle et qu'elle a été constatée par les commissaires chargés d'examiner les faits qui étaient l'objet de sa précédente communication.

Il faut dire même, reprend M. Thénard, que ce sont les commissaires qui ont reconnu l'acide solide dans un produit qu'avait obtenu M. Thilorier, et dont il n'avait point examiné la nature. Ce sont les commissaires qui ont fait la plupart des expériences qui mettent hors de doute la solidification de l'acide carbonique.

Formation du placenta. — M. Coste adresse quelques remarques sur l'origine de cet organe.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut établir d'une manière générale que le placenta, malgré la diversité de ses apparences, est constitué dans toutes les espèces par l'entrelacement d'une multitude de villosités considérées communément comme des dépendances émanant exclusivement du chorion. On peut aussi admettre comme un fait incontestable que les vaisseaux ombilicaux se prolongent jusqu'aux dernières extrémités de ces villosités pour s'y anastomoser. Mais quelle est la structure intime des villosités placentaires? Par quel mécanisme se dévoilent-elles? Ce sont les deux questions dont M. Coste croit trouver la solution dans le résultat de ses recherches.

Je crois, dit-il, avoir démontré par l'observation directe, comment, après avoir pris naissance à l'extrémité caudale de l'embryon, l'allantoïde des mammifères vient s'appliquer sur la face interne du chorion pour se confondre avec lui par une adhérence intime. Or, si l'on ouvre l'allantoïde au moment où les villosités placentaires commencent à naître, il est facile de constater que chacune de ces villosités n'est autre chose qu'un appendice cœcal subdivisé en d'autres appendices et formé par l'allantoïde et le chorion confondus. Il suit de là que chaque villosité se trouve composée de deux gaînes, l'une extérieure non vasculaire, appartenant à l'allantoïde. Cela étant, on comprend comment les vaisseaux ombilicaux peuvent arriver jusqu'aux extrémités des villosités, puisque ces mêmes vaisseaux étaient antérieurement ramifiés dans les parois de l'une des membranes qui se sont creusées en cœcum tout à fait semblables à ceux dont se composent les appareils glandulaires.

Conductibilité électrique des fils métalliques. — M. Peltier communique le résultat de quelques expériences qu'il a faites à ce sujet, et qui l'ont conduit à reconnaître que les lois admises par les physiciens ne représentent réellement pas le phénomène général; ce qui tient, suivant l'auteur, à ce qu'au lieu d'en étudier toutes les circonstances, ils se sont contentés de tirer de quelques cas particuliers des déductions concordantes avec l'hypothèse de l'existence de deux fluides distincts.

Suivant l'auteur de la lettre, la réductibilité varie, à la vérité, suivant la longueur et le diamètre du fil; mais le rapport de ces variations est dépendant de l'électromoteur employé bien plus que du conducteur. Des courans primitivement égaux, mais provenant de sources différentes, ne sont pas également aptes à vaincre les mêmes résistances. Si l'électromoteur est simple ou complexe, hydro ou thermo-électrique; si l'électricité d'induction est produite par une hélice à spires nombreuses ou non, ces rapports seront considérablement altérés.

Larves de la mouche commune vivant dans la peau d'un enfant. — M. Isidore Geoffroy communique verbalement une observation faite par M. le docteur Fourcault, relativement à des larves d'insectes logés dans l'épaisseur de la peau d'un enfant. Une paysanne, qui, allant travailler aux champs, y avait apporté un enfant qu'elle allaitait, s'aperçut au bout de quelques jours qu'il avait à la poitrine une petite tumeur qui lui parut suspecte. M. Fourcault, consulté par elle, aperçut au centre de cette tumeur deux larves d'insectes qu'il parvint à extraire vivantes et à conserver jusqu'à ce que l'une d'elles se métamorphosât; on reconnut alors que ces larves appartenaient à l'espèce de la mouche commune.

M. Duméril demande s'il est bien constaté que l'insecte parfait soit réellement une mouche commune. Si cela était, comme cette espèce n'a point d'instrument propre à entamer la peau, il y aurait quelque raison de supposer que la petite tumeur était formée et ouverte avant que la mère mouche y déposât ses œufs. Il n'en est pas de même des œstres; on sait que les femelles peuvent déposer leurs œufs dans une peau parfaitement saine; mais elles sont munies à cet effet d'un appareil qui, ainsi qu'il vient d'être dit, manque complétement chez la mouche commune.

Anguilles sortant d'un puits artésien. — M. Arago présente deux petites anguilles qui ont été vomies avec l'eau par un des puits artésiens creusés à Elbeuf. Ce fait, qui a été constaté par M. Girardin, professeur distingué de chimie industrielle à Rouen, est d'un grand intérêt en ce sens qu'il peut beaucoup modifier les idées qu'on avait généralement sur l'origine des cours d'eau souterrains. Beaucoup de gens pensent encore aujourd'hui que l'eau s'amasse dans ces conduits par l'effet d'une filtration lente; cette opinion ne s'ac-

cordait guère avec ce qu'on avait observé à Tours, où des graines et des feuilles étaient sorties en assez grande abondance d'un puits artésien; le nouveau fait viendra encore l'ébranler.

M. Duméril déclare que les animaux présentés sont bien incontestablement de véritables anguilles; elles sont toutes deux à peu près de la taille de celles qu'on voit à une certaine saison remonter par légions certaines rivières, et que les pêcheurs nomment la *montée*. Ces dernières cependant diffèrent de celles qu'a envoyées M. Girardin en ce qu'elles sont blanches avec un liseré noir, tandis que celles du puits d'Elbeuf ont déjà complétement la livrée de l'adulte.

Plante à feuilles en dentelle. — M. Benjamin Delessert présente à l'Académie des échantillons d'une plante peu connue et fort singulière, qui lui a été envoyée de Madagascar par M. Goudot.

La plante dont il est aujourd'hui question a été découverte par M. Dupetit-Thouars, et décrite par lui sous le nom d'*ourivandra*. Depuis, M. Persoon l'a appelée *hydorgeton fenestralis*, nom qui avait été déjà donné à une autre plante décrite par Loureiro. Pour éviter toute confusion, il conviendrait de lui rendre son premier nom. M. Dupetit-Thouars n'en avait rapporté que des fragmens, et elle n'a été figurée nulle part; seulement M. de Mirbel, dans les planches de ses Élemens de botanique, a donné le dessin d'une feuille.

Cette plante est remarquable par la configuration extraordinaire de ses feuilles qui, étant dénuées de parenchyme, laissent à découvert un réseau admirable qui présente la plus parfaite régularité, et qui imite à s'y méprendre les mailles d'une dentelle noire.

Cette plante se trouve dans la baie de Diego Soares que le capitaine Owen, dans son dernier voyage, représente comme une des plus belles baies du monde.

L'*ourivandra* croît dans l'eau, et ses feuilles à jour, supportées par de longs pétioles, flottent sur la surface. Elle fait partie de la famille des naïades, et est voisine des aponogeton et des hydrostachys, plantes dont plusieurs espèces ont été trouvées à Madagascar par M. Bernier.

Il est à désirer que l'ourivandra fenestralis puisse être introduite dans nos serres. Cette plante, en effet, est intéressante, non-seulement à cause de la singularité de ses feuilles, mais encore parce que ses racines sont employées comme aliment par les naturels de Madagascar.

Pénétration des projectiles dans divers milieux résistans, et rupture des corps par le choc. — M. Poncelet fait, en son nom et celui de M. Navier, un rapport sur un mémoire dans lequel MM. Morin et Piobert ont exposé les résultats de quelques-unes des expériences faites à l'école régimentaire d'artillerie de Metz.

Les commissaires font de ce travail une analyse beaucoup trop longue pour que nous puissions la reproduire ici textuellement, et beaucoup trop concise pour que nous pensions à l'abréger.

Les commissaires demandent et l'Académie arrête l'impression du travail de MM. Piobert et Morin dans le recueil des savans étrangers.

L'impression du rapport, demandée par plusieurs membres, est également ordonnée.

Séance du 19 octobre.

Animaux de la Méditerranée. — M. Van Ben-Aden, conservateur du cabinet d'histoire naturelle de Louvain, annonce que, dans une excursion sur les bords de la Méditerranée, il a eu occasion de faire quelques observations qui ne semblent pas indignes d'intérêt.

1° Il existe une espèce de pneumoderme dans cette mer; toutes celles qu'on connaissait jusque-là appartenaient à l'Atlantique. Cette espèce a été prise en plein jour, par un temps calme, dans la mer de Nice, avec de grands individus d'atlantes et des déphises, par M. Verani.

2° L'auteur a cru reconnaître dans les oursins un système nerveux distribué à peu près comme celui des astéries.

3° Ses recherches sur les organes de la circulation dans les aplysies lui font regarder comme très-probable l'existence du système veineux avec le système aquifère de *Delle chiaje*.

4° Il a trouvé avec le docteur Rabb deux nouvelles espèces d'aplysies remarquables par des appendices buccaux que ne présentent point les espèces anciennement connues; ces espèces ont été nommées par les observateurs, *A. Brugnatelli* et *A. Webbii*.

Voyage scientifique. — MM. Becquerel et Breschet avaient demandé à l'Académie de leur fournir les moyens de poursuivre à de grandes hauteurs au-dessus du niveau de la mer les expériences qu'ils avaient commencées sur la chaleur animale. Leur intention était de faire dans les Alpes un voyage qui leur eût fourni l'occasion de faire en outre des recherches relatives à la physique générale et à la géologie.

Le voyage terminé, M. Becquerel vient annoncer à l'Académie que cette excursion n'a pas été sans fruit. Nous ne pouvons, dit-il, faire connaître dès à présent les résultats que nous avons obtenus, parce que, pour compléter notre travail, il nous reste encore à faire quelques expériences de détail. Nous ne ferons donc qu'indiquer les questions principales sur lesquelles notre attention s'est portée.

Des observations sur l'intensité des forces magnétiques terrestres, au moyen d'un appareil nouveau, et qui semble donner des résultats plus rigoureusement comparables que ceux employés jusqu'ici, ont été faites successivement à Vevey, à Bex, à Martigny, à Liddes; au grand Saint-Bernard, à Sion, aux bains de Louèches, à Briggs, au Simplon, à Raverio, à Milan, à Pavie et à Venise.

La température du corps de l'homme et des animaux a été observée dans les hautes montagnes, dans les vallées, dans les plaines, à la température ordinaire, et dans les bains où le thermomètre se tenait à 45° centigrade.

La température du lac de Genève a été mesurée à plus de trois cents pied de profondeur, et cette expérience a dévoilé aux observateurs une propriété nouvelle et inattendue des courans électriques. Ils ont trouvé aussi un moyen aisé de recueillir directement l'électricité atmosphérique à 300 pieds au-dessus des plus hautes montagnes, ce qui permet de déterminer la loi de la distribution à diverses hauteurs.

Dans le Valais, ils se sont occupés du crétinisme, et, à Venise, d'expériences pour constater l'électricité de la tor-

pille. Les moyens employés jusque-là étaient, disent-ils, tout-à-fait infidèles, et auraient indiqué de l'électricité, même quand on aurait expérimenté sur un cadavre quelconque; par leur procédé, ils ont pu constater jusqu'à la direction du courant. Enfin, dans toutes leurs excursions à travers les montagnes, ils ont recueilli, relativement à la décomposition des roches, des données qui pourront, à ce qu'ils croient, jeter du jour sur plusieurs questions de géologie.

Développement de l'œuf des limaçons. — M. Laurent adresse un résumé des observations qu'il a faites sur les œufs de la *limace grise* et de la *limace rouge*.

L'examen de ces œufs y montre : 1° une coque calcaire, opaque dans la limace rouge, mucoso-cornée dans la grise, et pour celle-ci évidemment composée de couches concentriques; 2° d'une membrane interne; 3° de deux albumens, l'un plus extérieur, plus liquide, et l'autre plus interne; 4° d'un vitellus très-petit, arrondi, aplati, enlouré d'une membrane propre, et renfermant un liquide jaunâtre dans lequel nagent 15 à 20 globules remplis eux-mêmes de globules plus petits. A quelque distance du centre du disque est le point où doit se développer l'embryon qui se montre d'abord sous forme ellipsoïde.

La transparence des œufs de la limace grise est telle qu'on peut très-bien suivre tout ce qui se passe dans leur intérieur. On peut rendre transparente l'enveloppe de l'œuf de la limace rouge, mais ce moyen tue constamment le fœtus.

Dans les premiers temps du développement, on voit se former, sur un point de la circonférence du vitellus, une languette qui croît progressivement et devient bientôt l'organe des mouvemens que l'embryon exécute de très-bonne heure. Cet organe, c'est la queue; la locomotion est giratoire, et c'est toujours la vésicule qui à cette époque forme la partie antérieure de l'animal qu'on voit s'avancer la première. Cette vésicule paraît se composer de deux membranes : une extérieure, qui se continue avec la peau de l'animal; l'autre interne, qui forme un sac à long pédicule qui se prolonge dans le corps et est très-apparent sur le côté gauche de l'embryon. Cette vésicule transparente, réticulée et contractile, n'a présenté aucun vaisseau sanguin. On y remarque une bande transversale parsemée de points noirs, en forme de fer à cheval, dont les branches se prolongent sur les côtés d'avant en arrière. La situation de la vésicule, d'abord intérieure, change, et on voit alors très-distinctement qu'elle est placée sur le cou de l'animal entre la tête et le bord antérieur du bouclier sous lequel elle s'enfonce en entrant dans le corps.

La vésicule exécute des mouvemens très-manifestes pendant lesquels le pédicule s'agrandit et la poche diminue. A mesure qu'elle rentre dans le corps de l'animal, les viscères se forment, la rame caudale diminue progressivement. Celle-ci ne disparaît qu'après que la vésicule ne saillit plus à l'extérieur.

Développement de l'œuf humain. — M. Thompson adresse un long mémoire en réponse à la dernière communication de M. Velpeau. — Renvoyé à l'ancienne commission.

Philosophie naturelle. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire annonce que, pendant un séjour à la campagne, que le mauvais état de sa santé l'a obligé à prolonger, il a achevé un ouvrage qu'il présente manuscrit, et dont le titre est : *Notions synthétiques et historiques de philosophie naturelle.*

Cet opuscule renferme trois chapitres : 1° Documens au sujet de la loi universelle; 2° Notions de philosophie zoologique acquise dans les cinq dernières années; 3° Philosophie entomologique.

PHYSIOLOGIE. — *Apparence de circulation dans les membres de certains insectes.* — M. de Blainville fait, en son nom et celui de MM. Duméril et Bory, un rapport sur une communication faite à ce sujet.

Si l'on prend la patte d'un jeune animal des genres notonecte, naucore, et en général de tous ceux de la famille des hydrocorises ou punaises d'eau appartenant à l'ordre des hémiptères de Linnée, et qu'on l'examine à un grossissement tel que les dimensions linéaires soient à peu près centuplées, en ayant soin que cette patte fasse encore partie d'un individu bien vivant, on remarque à sa partie supérieure, vers son articulation avec la cuisse, un mouvement plus ou moins sensible, plus ou moins rapide, mais du reste bien régulier, susceptible cependant d'être accéléré ou ralenti, et même d'être suspendu pendant peu de temps pour reparaître ensuite. Cela s'observe aussi long-temps que le jeune animal continue à vivre; et même, ce qui est digne de remarque, quelque temps encore après que la patte a été séparée du tronc.

Ce fait, disent les commissaires, est indubitable, et M. Behn en a rendu témoins non-seulement les commissaires, mais encore plusieurs autres personnes; reste maintenant à chercher comment et par quoi est produit ce mouvement, quel rapport il peut y avoir entre lui et le vaisseau dorsal, s'il agit sur les fluides contenus dans l'animal, et si par conséquent il entre pour quelque chose dans la circulation.

Quant à la première question, on peut, dit le rapporteur, assurer que le mouvement est produit par une petite partie membraneuse de forme peu appréciable, placée un peu obliquement sous la partie cornée de la jambe, entre cette partie et les muscles. On peut affirmer encore qu'elle a des connexions avec la masse charnue qui remplit cette enveloppe, puisque le mouvement qui a son origine à la partie supérieure de la jambe se transmet au moins jusqu'à la moitié de sa longueur. On peut également assurer que ce n'est pas un organe pulsant, c'est-à-dire se contractant sur un liquide qu'il contiendrait pour le chasser, et revenant à son état primitif de dilatation; ce serait plutôt, comme le pense M. Behn, une sorte de diaphragme obliquement placé, et mu probablement par des muscles situés à l'origine de l'intervalle cutanéo-musculaire de la jambe.

Y a-t-il quelque relation entre les mouvemens de cette partie et ceux du vaisseau dorsal? c'est encore une question à laquelle M. Behn répond négativement. En effet, comme il vient d'être dit, la nature du mouvement de cet organe est certainement valvulaire, tandis que celui du vaisseau dorsal est évidemment pulsant.

Maintenant à quoi peut servir cet organe battant ou valvulaire? N'aurait-il pas quelque action sur la circulation des fluides contenus dans la patte? C'est ce que pense M. le docteur Behn.

Reste enfin cette dernière question : A-t-on observé, dans l'organisation animale, quelque chose qui puisse avoir une analogie quelconque avec la particularité organique observée par M. Behn? Sans doute au premier abord on pourrait penser qu'il y a une certaine similitude entre cet organe battant et les cœurs ou renflemens lymphatiques découverts dans ces derniers temps, et presque à la fois, par MM. Muller et Panizza. Mais, d'après les observations de M. de Blainville, ces renflemens ne sont nullement comparables aux valvules des pattes des hydrocorises, ni par leur structure, ni par leur mode d'action, ni par leurs usages; ce sont, en effet, des organes pulsans situés à la racine des membres au point de jonction des veines lymphatiques de ces parties avec les veines sanguines, et leur usage paraît être de soulever d'une part la lymphe, puis de la chasser dans les vaisseaux à sang noir.

Au surplus, disent les commissaires, qu'il existe ou non dans l'organisme animal quelque chose que l'on puisse comparer à la particularité qui fait le sujet de la communication, que le mouvement observé soit circulatoire ou seulement oscillatoire, le fait n'en mérite pas moins de fixer l'attention des physiologistes; en conséquence, nous proposons à l'Académie d'adresser des remercîmens à l'auteur, en l'engageant à étendre ses recherches au plus grand nombre possible, et à tâcher de trouver, dans une observation plus complète du fait, quelque chose qui jette du jour sur l'importante question de la respiration des insectes.

Endosmose. — M. Dutrochet lit de nouvelles observations sur l'endosmose, et il commence par définir ce mot dont la signification, dit-il, n'a pas toujours été bien comprise.

Quand deux liquides miscibles et hétérogènes sont séparés par une cloison à pores capillaires, ces deux liquides marchent l'un vers l'autre, mais inégalement, de sorte que l'un reçoit plus que l'autre; il y a donc un courant plus fort et un contre-courant plus faible; au premier, l'auteur donne le nom de *courant d'endosmose;* au second, celui de *courant d'exosmose.* Cet échange inégal a lieu également pour deux gaz hétérogènes, séparés par un diaphragme poreux, ainsi que l'ont prouvé les expériences de MM. Graham de Dublin, Michell de Philadelphie et Riddel de Cincinnati. Ainsi on peut dire que le phénomène de l'endosmose est présenté par les gaz aussi bien que par les liquides. Mais, dans un cas comme dans l'autre, le mot endosmose n'exprime que l'existence d'un courant fort et accumulateur, il n'exprime point du tout la cause à laquelle est due ce courant.

Au reste, sans se mettre en peine de chercher cette cause, on peut arriver à des lois déduites de l'expérience, déterminer par exemple les conditions qui favorisent l'endosmose, c'est-à-dire qui font qu'un des deux courans marchant en sens opposés, est beaucoup plus fort que l'autre. Pour connaître ces conditions, il ne suffit pas de quelques observations, et on ne tarde pas, si on les poursuit, à reconnaître que certaines règles qui semblaient se déduire des premières expériences sont démenties par les suivantes. Ainsi, quoique le plus souvent le courant fort soit dirigé vers le liquide le plus dense, c'est quelquefois tout l'opposé; par exemple, l'alcool et l'éther, quoique bien moins denses que l'eau, reçoivent d'elle le courant d'endosmose. L'alcool et l'éther s'élèvent moins que l'eau dans les tubes capillaires; ces liquides ont cela de commun avec les liquides plus denses que l'eau.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 26 septembre 1835.

Épisioraphie. — Réduction de la hernie étranglée sans opération. — Cystocèle vaginale.

M. Renauldin donne lecture d'un mémoire du docteur Frieke, de Hambourg, sur l'*épisioraphie* ou suture du vagin. Ce chirurgien fait à chaque grande lèvre une déperdition de substance en forme de V, rapproche les bords de la division, et le *pudendum,* ainsi rétréci, s'oppose à la chute ultérieure de l'utérus.

M. Velpeau fait remarquer que ce mémoire a été publié par les journaux étrangers et français. M. Renauldin répond que ce travail est à l'Académie depuis trois mois, et n'a pu être lu plus tôt. Le secrétaire commence la lecture d'un travail du même auteur sur la *cure radicale du varicocèle.* M. Velpeau fait au sujet de celui-ci la même objection. (La lecture est suspendue; ces deux mémoires sont envoyés à une commission, composée de MM. Poirson et Velpeau.)

M. Sabatier a la parole pour la lecture d'un travail de M. Kœlher, chirurgien polonais, sur un *moyen de réduire les hernies étranglées sans opération.* Ce moyen consiste dans l'application d'une large ventouse près de la tumeur herniaire, ou mieux sur cette tumeur qui se trouve ainsi augmentée, et se réduit ensuite avec plus de facilité, mécanisme que M. Sabatier explique d'une manière très-spécieuse. Ce moyen, du reste, n'est pas nouveau, de l'aveu même de l'auteur. Il rapporte 22 cas où ce procédé a constamment réussi, et dont 19 lui sont propres. (Commissaires, MM. Maingault et Amussat.)

M. Devillers lit un long rapport sur un travail de Madame Rondet, relatif à la *cystocèle vaginale,* et conclut très-favorablement.

M. Velpeau demande en quoi Madame Rondet a éclairé l'histoire de la cystocèle, dont presque tous les auteurs ont parlé. Quant à ses pessaires, elle n'a perfectionné que la matière. La cystocèle, ajoute, M. Velpeau, résulte le plus souvent du déplacement de la matrice, dont elle est une complication, et, dans ce cas, l'excision du vagin peut, non-seulement suppléer le pessaire, mais encore guérir la hernie vaginale en même temps que la descente de l'utérus. La malade qu'il a opérée de cette dernière affection portait une cystocèle, et se trouve guérie de l'une et de l'autre.

Après une longue et oiseuse discussion, à laquelle prennent part MM. Maingault, Villeneuve, Girardin, Bousquet, etc., l'Académie décide qu'on bornera les conclusions à de simples remercîmens à l'auteur.

Séance du 29 septembre 1835.

Reproduction des sangsues.

Le collaborateur de Grœfe, le docteur Walther, de Munich, est présent à la séance.

M. Guibourt lit un rapport sur un travail de M. Fleury, de Rennes, sur la *reproduction des sangsues*. L'auteur conseille, pour en conserver l'espèce qui menace de s'éteindre en France, 1° d'en interdire la pêche pendant la saison de la ponte ; 2° d'interdire la pêche de celles au-dessous d'un volume ou d'un poids déterminé : 3° d'assujétir le droit de pêche à une certaine rétribution ; 4° de placer cette pêche sous la surveillance des gardes-champêtres. M. le rapporteur trouve que ces moyens sont insuffisans, et propose celui-ci : Replacer dans des étangs *ad hoc* les sangsues qui ont déjà servi, pour les repêcher à une époque plus ou moins éloignée. L'expérience a déjà été faite par M. Desportes, administrateur des hôpitaux, lequel a fait jeter dans un étang de sa campagne les sangsues qui avaient servi dans les hôpitaux, et qui, six mois après, ont été livrées gratis, aux habitans des environs, qui s'en sont servis avec avantage, malgré la répugnance qu'ils avaient d'abord manifesté pour ces animaux, qu'ils savaient avoir été employés sur d'autres malades.

M. Bouillaud dit que ce serait un service à rendre que d'indiquer un moyen qui pût suppléer les sangsues : or, ce moyen réside dans les ventouses scarifiées, dont, depuis un an, il fait un fréquent usage à sa clinique, au moyen du scarificateur allemand. Les ventouses, dit-il, sont exemptes de plusieurs inconvéniens particuliers aux sangsues ; elles offrent surtout l'avantage de permettre de mesurer exactement la quantité de sang obtenue. Au lieu de dix mille sangsues qu'il employait antérieurement par année, il en consomme peut-être actuellement cinq cents. Il est vrai que, dans la pratique civile, l'emploi des scarifications est plus difficile par la crainte qu'elles inspirent; il faut convenir aussi que, dans certains cas, les ventouses ne peuvent suppléer les sangsues.

M. Emery fait observer que la conservation des sangsues est un procédé vulgaire ; il est beaucoup de familles qui gardent celles qui leur ont déjà servi.

M. Boullay dit que le public est fort délicat sur le choix des sangsues, et qu'il rejette avec répugnance celles qui paraissent avoir servi. Si donc on faisait des réservoirs, il faudrait y exercer une surveillance active, pour empêcher que les animaux ne fussent volés et répandus de nouveau dans le commerce des pharmacies.

M. Kéraudren dit que les expériences pour la conservation des sangsues, faites dans les hôpitaux de la marine, n'ont, en dernier résultat, procuré que fort peu d'économies. Il approuve donc la substitution des ventouses proposée par M. Bouillaud.

M. Moreau insiste sur ce que, dans bien des cas qu'il serait superflu d'énumérer, les ventouses ne peuvent être appliquées.

M. Emery dit que, malgré les instances de l'administration, beaucoup de médecins d'hôpitaux n'ont pu se résoudre à employer les scarifications. L'emploi des sangsues qui ont déjà servi est du reste fort innocent : il a récemment employé sans inconvénient des sangsues qui, quinze jours auparavant, avaient été appliquées sur des bubons vénériens.

M. le rapporteur réplique à tout cela qu'il ne s'agit point ici de suppléer ni de conserver les sangsues, mais bien d'en favoriser la multiplication ou reproduction en France, pour s'affranchir d'un tribut onéreux payé à l'étranger, s'il est vrai que les hôpitaux de Paris, à eux seuls, consomment annuellement cinq cent mille sangsues, évaluées à soixante mille francs. Or, le procédé de M. Desportes est ce qu'il y a de plus rationnel.

M. Virey approuve ce moyen, ajoutant qu'il est d'observation que les sangsues qui ont servi sont plus fécondes que les autres.

M. Velpeau. Les sangsues peuvent fort bien servir plusieurs fois, et le public ne répugne qu'à celles qui regorgent encore. Quant à la valeur comparative des sangsues et des ventouses scarifiées, il est beaucoup de médecins qui donnent la préférence aux premières : les ventouses ne peuvent d'ailleurs être appliquées sans inconvénient aux surfaces enflammées.

M. Husson dit avoir conservé, pendant plusieurs années, des sangsues qui ont successivement servi sans inconvénient à toute sa famille. Pour les faire dégorger, on les prend par la tête, et on les presse entre deux doigts, en glissant vers l'anus par lequel le sang est évacué. L'animal ne paraît point en souffrir, et reprend sa vivacité dans l'eau. Les autres moyens de dégorgement sont également connus.

M. Lisfranc dit que les sangsues sont préférables aux ventouses par l'irritation dérivative qu'elles déterminent sur la peau.

M. Bouillaud réplique que son opinion n'est pas préconçue, mais bien fondée sur des faits. Il appelle en témoignage les assistans à sa clinique, qui ont pu voir les heureux effets qu'il obtient journellement de l'application des ventouses scarifiées. Il est convaincu de leur prééminence, et pourtant personne plus que lui n'est *dévoué* aux sangsues ; car il en use largement pour lui comme pour les autres (rires). Les ventouses peuvent très-bien s'appliquer aux surfaces enflammées (érysipèles, rhumatismes); et il est curieux d'observer qu'alors le sang extrait par les scarifications, est couenneux comme celui de la saignée.

M. Rochoux est d'avis qu'on laisse à l'industrie le soin de pourvoir à la multiplication des sangsues ; il approuve la substitution des ventouses. Tel est le sens dans lequel il voudrait que fussent formulées les conclusions du rapport. (La clôture !)

M. le président met aux voix la clôture. MM. Velpeau et Nacquart demandent avec chaleur que la discussion soit continuée. (Tumulte.) La clôture est mise aux voix et adoptée. M. le rapporteur relit ses conclusions. M. Nacquart obtient la parole sur les conclusions. Il dit que la question préalable de l'innocuité de la réapplication des sangsues n'est pas encore résolue. (Bruit.) L'orateur se plaint de ne pas obtenir d'attention. M. le président : C'est à vous de la captiver. (Oh! oh!)

M. Emery : L'expérience, au contraire, a résolu la question en faveur de l'innocuité; témoin ce que plusieurs membres ont avancé.

M. Moreau appuie dans ce sens : il a conservé des sangsues qui ont servi successivement à tout un village.

Diverses objections sont faites contre les conclusions, au milieu du bruit; nous notons celle de M. Villeneuve, qui demande quelle est l'époque de la ponte, pour interdire la pêche durant ce temps. (Plusieurs voix : Il n'y en a pas de fixe.)

M. Double : deux principes utiles surgissent de cette discussion ; c'est que 1° les ventouses scarifiées peuvent très-bien remplacer les sangsues, 2° c'est que la réapplication des sangsues est tout-à-fait innocente. Il faut supprimer l'interdiction de la pêche pendant la ponte; car il n'y a point pour celle-ci de période fixe, vu que les observations de Wiedland et Thomas ont démontré que la sangsue est hermaphrodite et peut se féconder elle-même. (Aux voix, aux voix !) Les conclusions sont mises aux voix et adoptées, sauf de légères modifications.

M. Marc lit un rapport favorable sur le lit de M. Vallat pour le sauvetage des ouvriers des mines.

M. Nacquart fait un rapport sur le choix de la section dans laquelle on pourvoira à la nomination d'un membre, et conclut pour la section d'anatomie pathologique. (Adopté.)

M. Amussat présente, au nom de M. Thomson, un instrument applicable à l'anus contre nature. C'est une espèce de robinet métallique que le malade peut ouvrir et fermer à volonté.

Séance du 6 octobre 1835.

Contagion de la peste. — Créosote. — Nouveau procédé pour l'opération de l'anus artificiel.

M. le président : L'Académie possède dans son sein M. Duvernoy, professeur à Strasbourg, membre correspondant.

M. Duvernoy : Je remercie l'Académie de m'avoir nommé correspondant, mais je n'en savais rien. (Rires.)

Plusieurs voix : Vous n'êtes pas le seul ; la poste et les ambassadeurs ne sont pas toujours exacts.

M. Leroy (d'Etiolles) adresse une note sur la cure radicale des hernies, avec un instrument propre à refouler et à maintenir les tégumens dans l'anneau, sans le secours de la suture. (Renvoi à une commission.)

MM. Maingault, Virey, Kéraudren, parlent de la conservation des sangsues dans la terre glaise, moyen aujourd'hui abandonné.

M. Guenaux de Mussy lit un rapport sur un travail de M. Simon de Hambourg, relatif à la contagion de la peste. L'auteur donne sa théorie sur la contagion, et pense que des expériences sur ce point seraient plus dangereuses qu'utiles ; il se déclare en faveur des précautions dites sanitaires.

M. Chervin soutient que l'expérimentation est le seul moyen d'avoir une solution ; mais les expériences doivent être faites sur une grande échelle : le lazaret de Marseille est très-propre à cela.

M. Rochoux : L'auteur n'a fait que ressusciter les théories surannées de Frascator ; il n'est pas au courant des faits modernes, car la peste ne peut être assimilée au choléra, sous le rapport de la contagion, ce qu'on n'ignore pas, même dans les régions les plus encroûtées de la papauté. (Rires et murmures.) Des expériences en grand sont faites tous les jours sur les marchandises : témoin le pacha d'Égypte, qui, pendant la dernière peste, a vendu ses cotons à bas prix aux Anglais, qui les ont transférés sans le moindre inconvénient.

M. Chervin : Les lazarets datent du 14e siècle, ce qui n'a jamais empêché les diverses épidémies de peste de faire invasion, et l'on n'a jamais pu dire comment elles ont pénétré : donc les mesures préventives sont illusoires. On n'a pas d'exemples que les portefaix employés au maniement des ballots aient contracté la peste ; s'ils ont eu des charbons c'est que les cotons où ils plongeaient leurs bras étaient fort mal propres et que les charbons sont communs dans le midi. Jamais navire du Levant n'a porté la peste en Angleterre, parce que les malades qui ont pris la peste à Smyrne, par exemple, meurent ou guérissent dans la traversée, et le mal se borne là. M. Chervin développe les dommages apportés au commerce par les lois sanitaires, et termine en disant que l'auteur du mémoire paraît appartenir aux siècles de barbarie.

M. le rapporteur décline la responsabilité des opinions de l'auteur pour lequel le rapport n'a été fait que par simple courtoisie à l'égard d'un étranger. (Remercîment et dépôt aux archives.)

M. Martin Solon fait un rapport sur diverses communications relatives à la créosote. La commission a expérimenté ce médicament dans les maladies chroniques de la peau, les ulcères atoniques, le cancer, les hémorrhagies, la phthysie, etc.; elle conclut que, quelquefois utile, la créosote est souvent sans effet favorable, et que même, lorsqu'elle paraît procurer de bons résultats, elle n'est pas préférable à d'autres moyens usités et moins désagréables aux malades. Son seul avantage bien constaté est de conserver très-bien les pièces anatomiques plongées dans une solution étendue de cette substance, moyen plus économique que beaucoup d'autres.

M. Andral dit n'avoir obtenu que des résultats négatifs de la créosote appliquée au traitement de la phthysie, du cancer et de la leucorrhée.

M. Emery l'a toujours vue produire une irritation fâcheuse dans le lupus, les ulcères chroniques, la lèpre, l'éczéma, la phthysie, etc.

M. Pelletier fait observer qu'il est inexact de dire qu'on a pu lui enlever son odeur et sa saveur désagréables, car ce serait détruire ses propriétés ; le charlatanisme pourrait s'emparer d'une telle assertion.

M. Velpeau a employé la créosote sans aucun résultat favorable dans les brûlures, les ulcères atoniques, scrophuleux, syphilitiques. Étendue, c'est un excitant ; à l'état pur, c'est un caustique qui n'a aucun avantage sur les autres moyens du même genre ; elle est donc loin de mériter les éloges qu'on en a faits.

M. Cornac ne voudrait pas qu'on adressât des remercîmens à des auteurs dont les travaux n'ont pour résultat que de sanctionner des erreurs. MM. Moreau et Girardin parlent dans ce sens. Néanmoins les conclusions en totalité sont adoptées par l'Académie.

Le rapport de M. Martin Solon est envoyé au comité de publication.

M. Amussat a la parole pour une communication. Il a été appelé dernièrement par M. Deneux pour une petite fille qui, née depuis plusieurs jours, n'avait pas rendu le méconium. L'anus et la vulve existaient, mais l'un et l'autre aboutissaient au vagin, et les lavemens ressortaient par la vulve; conformation extraordinaire dont les auteurs, dit M. Amussat, ne rapportent pas d'exemples. Après de longues et minutieuses investigations, le doigt, introduit dans le vagin, perçut, au niveau de l'articulation sacro-vertébrale, un corps mobile qu'on reconnut être la terminaison de l'intestin. Alors on fit en arrière de l'anus, une incision transversale, du milieu de laquelle on en pratiqua une autre s'étendant vers le coccyx. Par cette incision en T, le doigt fut introduit, et, glissant le long du sacrum, arriva jusqu'à l'extrémité de l'intestin, en détruisit les adhérences, et l'amena jusqu'à l'ouverture de la plaie où il fut ouvert et fixé par des points de suture, de manière que la muqueuse dépassât le niveau de la peau. Dans des opérations analogues, cette précaution ayant été négligée, les petits malades avaient succombé par suite d'infiltration ou d'épanchement stercoral dans le tissu cellulaire du bassin. Ici le succès fut complet et promet de se maintenir : depuis une vingtaine de jours que l'opération est pratiquée, l'enfant va très-bien.

M. Moreau fait observer qu'il n'est pas temps encore de se féliciter, des enfans ayant succombé aux opérations de ce genre à une période plus éloignée.

Séance du 13 octobre.

Peste d'Egypte. — Nouvelle source d'Enghien. — Calculs vésicaux.

Parmi les pièces de correspondance, nous remarquons : 1° le rapport de M. Vidal (de Cassis) sur le choléra d'Aix; 2° des lettres de M. Clot-Bey sur la peste d'Égypte : le conseil de santé, qu'il préside, prépare un long travail qui doit éclairer plusieurs points de l'histoire de cette terrible maladie. Plus de cinquante autopsies ont été faites. M. Clot est convaincu que la peste est épidémique et non contagieuse. Les médecins se sont conduits avec courage; lui-même s'est inoculé du pus et du sang de pestiféré. En récompense de son dévouement, Méhémet-Ali l'a élevé, par un firman, au grade de général (miri-liva).

M. Chervin revient sur le travail de M. Simon. (*Voir* la dernière séance.) Il en prend occasion de tracer l'historique des lazarets et des diverses invasions de peste, ainsi que des abus nombreux qui rendent illusoires les règlemens du lazaret de Marseille.

M. Velpeau veut faire une communication au nom de M. Guérail. M. le président s'élève avec force contre un usage contraire au règlement, qui veut que toute communication passe par le conseil d'administration. Après une longue résistance, M. Velpeau dépose les pièces sur le bureau.

M. Boullay fait un rapport sur une nouvelle source découverte aux eaux d'Enghien. Il trace rapidement l'historique de ces eaux, expose l'organisation de l'établissement, l'analyse chimique des eaux et la topographie d'Enghien, et conclut ainsi qu'on verra plus bas.

M. Delens désirerait qu'on eût dit où et comment la nouvelle source a été découverte. Il pense, contre l'énoncé du rapport, qu'il n'appartient pas à l'art de remédier aux modifications que les eaux naturelles peuvent subir.

M. Boullay dit que la source a été trouvée entre celles dites *Royale* et de la *Pêcherie*, et que toutes ont probablement la même origine. Quant à l'altération, toutes les eaux minérales en subissent, et l'on peut y remédier, s'il s'agit, par exemple, d'un filon d'eau commune venant altérer l'eau minérale. Du reste, ce qu'il a dit du remède possible est dans l'intérêt de la chose (rire général), et pour neutraliser les menées malveillantes.

M. Itard pense que la chaleur artificielle n'est pas de même nature que celle naturelle aux eaux thermales; l'eau thermale, à 55°, peut se boire; l'eau, qu'on chaufferait à ce degré, ne pourrait être bue. (Rumeurs.)

M. Boullay : C'était l'opinion de Fourcroy; mais on a reconnu que c'est une erreur. M. Chevalier parle dans le même sens. La chaleur, ajoute M. Boullay, n'altère pas l'eau d'Enghien, parce que le soufre y est à l'état d'hydrosulfate non volatil.

M. Bouillaud, abordant la question médicale, dit qu'il n'y a pas d'observations prouvant que l'eau d'Enghien puisse effectivement rivaliser avec les autres eaux sulfureuses. On ne peut pas encore dire : *Il n'y a plus de Pyrénées.* Il y a tant de choses à considérer dans les eaux minérales !

M. Boullay : Les analyses indiquent identité de force.

M. Delens : Il y a là une question chimique et une question médicale qu'il importe d'isoler l'une de l'autre. Nous ne connaissons pas tous les principes constituans des eaux minérales, témoin les découvertes récentes et journalières qui en présagent d'autres. Il serait donc intempestif de conclure à l'identité d'action des eaux de composition identique en apparence.

M. Boullay : Les propriétés médicales des eaux d'Enghien sont démontrées depuis long-temps; quant à l'analyse chimique, elle n'a pas varié depuis Macquer. Qu'importe d'ailleurs une variation dans les bases? Il en est des eaux minérales comme des chlorures, qui n'agissent que par le chlore, quelle que soit la base.

M. Capuron trouve une différence essentielle dans l'odeur des eaux d'Enghien, comparée à celle des eaux des Pyrénées : les premières ont une odeur fétide et tenace que n'ont pas les secondes. M. Boullay ne croit pas à cette différence; du reste, le rapport ne parle pas d'identité absolue.

M Maingault dit que la pratique n'est pas en faveur des eaux d'Enghien, puisque le public, qui s'y précipitait il y a quelques années, s'en éloigne aujourd'hui. (Murmures improbateurs.)

M. Pelletier trouve la remarque de M. Capuron importante. Le sol doit influer sur la nature des eaux. Il y a des différences moléculaires inappréciables qui peuvent modifier les effets. Ce n'est pas moi pourtant, dit-il, qui déprécierai l'analyse dont je fais mon métier.

M. Boullay : C'est que la chimie rétrograde. (Rumeurs.)

M. Mare témoigne des puissans effets des eaux d'Enghien; si l'on s'en éloigne, c'est qu'elles sont près de Paris, et que

nul n'est prophète dans son pays. Il y a aussi d'autres causes indépendantes de leurs vertus.

M. Lisfranc parle dans le même sens. Il a vu cet été l'établissement regorger de malades, et a pu juger de l'efficacité des eaux dans le rhumatisme chronique, les engorgemens du sein, de l'utérus, des articulations, les catarrhes chroniques, etc. MM. Chervin, Girardin, Boullay confirment ces rapports; ce dernier ajoute que déjà on en exporte une grande quantité.

M. Duméril : Ce qu'il y a d'important à signaler, c'est que la dernière source pourvoit à tous les besoins, ce que les autres ne pouvaient faire; il eût été bon d'en formuler le produit. (Aux voix!)

Les conclusions, votées séparément, sont adoptées comme il suit : 1° La nouvelle source d'Enghien est éminemment sulfureuse et identique aux deux autres; 2° son abondance peut pourvoir à tous les besoins, et permettra de donner plus d'extension à l'établissement; 3° on peut chauffer ces eaux sans que leur composition en subisse d'altération appréciable, pourvu qu'on emploie des appareils convenables.

M. Ségalas présente une vessie qui contenait de nombreux calculs. Elle est hypertrophiée, et contient des pierres enchâtonnées profondément. Le rein d'un côté était réduit à une poche membraneuse, sans doute par dilatation passive.

M. Lisfranc présente un os métatarsien, portant une tumeur volumineuse, dont il a fait la résection.

Séance du 27 octobre.

Maladies de la peau.—Fièvres typhoïdes.

Le commencement de la séance est occupé par une discussion entre MM. Capuron et Moreau sur l'origine du précepte de l'avortement provoqué. M. Moreau l'attribue à W. Hunter, et M. Capuron à Grégoire, chirurgien français qui l'aurait communiqué à Wals, et celui-ci à Hunter.

M. Manry fait un rapport sur une méthode de traitement appliquée aux maladies de la peau, par M. Berthomé; il vote des remercimens à l'auteur.

M. Emery fait ressortir l'absurdité du même traitement appliqué à toutes les affections cutanées, et pense que l'auteur mériterait des réprimandes plutôt que des éloges.

On demande les formules de la décoction, du sirop et de la pommade. M. Manry donne lecture d'un farrago des plus indigestes. (On entend murmurer de toutes parts : C'est ridicule, monstrueux, absurde!)

M. Villeneuve : la véritable question est de savoir si le remède, quel qu'il soit, a produit des guérisons bien constatées par la commission. M. Manry répond qu'il n'a pas suivi le traitement. M. Pariset a suivi les malades, mais il n'a pas assisté à l'administration des remèdes. M. Rochoux dit avoir vu un malade, réputé incurable, guéri par ce remède dans l'espace de deux ans. (On rit.)

M. Emery répond qu'il suffit parfois de suspendre tout traitement pour voir guérir une affection rebelle. Il persiste à dire qu'un remède à tous maux est une invention absurde, si ce n'est l'œuvre d'un charlatan.

Après une longue discussion, M. Double fait observer que l'auteur étant membre de l'Académie, il n'y a pas lieu à formuler de conclusions. (On passe à l'ordre du jour.)

M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. Chardon, relatif à la fièvre typhoïde.

M. Castel vante l'expectation dans cette maladie.

M. Rochoux se met en devoir de prouver qu'elle n'est pas contagieuse, ce qui constitue un des caractères fondamentaux qui la différencient du typhus auquel on a tort de l'assimiler.

M. Girardin repasse les diverses méthodes thérapeutiques successivement prônées et abandonnées, d'où il conclut que la maladie n'est jamais identique, et qu'elle subit l'empire des constitutions médicales.

M. Collineau admet également que les médications doivent varier selon la variation des symptômes.

M. Bouillaud déplore le vague des opinions de l'Académie sur le traitement qui convient à la fièvre typhoïde. Elle oublie que les médications vantées tour à tour sont successivement tombées dans l'abandon. Une seule s'est montrée constante dans son efficacité, c'est la médication antiphlogistique qui guérit deux fois plus de malades que les autres. Depuis quatre ans que M. Bouillaud lui reste fidèle, de 150 malades il n'en a pas perdu 20 (1). Mais il faut agir avec vigueur et saigner jusqu'à 2 et 3 fois en 24 heures, même dans la période de prostration. Cependant M. Bouillaud, en combattant l'inflammation intestinale, tient compte de la complication typhoïde; car, avant M. Chomel, il a conseillé les chlorures. Je me fais fort, dit M. Bouillaud, de guérir plus de malades sur un nombre donné, qu'on n'en guérira par tout autre méthode. Tous ceux qui doutaient de l'efficacité des saignées et qui ont suivi la clinique de la Charité ont été convertis.

M. Capuron dépose en faveur de cette assertion.

M. Collineau n'en pense pas moins qu'il faut avoir égard à la prédominance des symptômes

M. Girardin proteste n'avoir voulu faire le procès de personne ni d'aucune méthode; il s'est fait simple historien; l'Académie jugera.

---

(1) Et non pas 1 sur 20, comme l'a dit un journal.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 11. — NOVEMBRE 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

De l'ab-irritation, Mémoire mentionné honorablement au concours de 1830, sur la question suivante, proposée par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles : *En quoi consiste l'ab-irritation? quelles sont les maladies qui peuvent en résulter ? déterminer leurs causes, leurs symptômes, et leur traitement.*

Par E. Thirion, docteur en médecine, chirurgien et accoucheur, etc., à Namur.

(SUITE ET FIN.)

CAUSES.

L'étude de l'irritation et la réfutation des entités morbides ont fait négliger ce qui appartient à la sub-excitation.— L'étiologie de l'ab-irritation est un point de pathologie pour lequel il reste beaucoup à faire. Les maladies qui dépendent de cette modification morbide ont été en quelque sorte oubliées par les modernes; on s'est davantage et presque exclusivement attaché à réfuter une masse de théories qui favorisaient faussement l'admission d'une foule de maladies asthéniques. Les auteurs qui se sont emparés de cette tâche et qui l'ont exactement remplie, sont dignes de toutes les reconnaissances humaines ; mais dans la chaleur des combats qu'ils ont livrés aux erreurs médicales sur l'atonie, ils ont trop souvent oublié que la *débilité est le résultat commun de toutes nos maladies* (M. Broussais passage cité). Lorsqu'il s'est agi d'attaquer l'étiologie des maladies, admises par les anciens, il a fallu commencer par les entités morbides. Ces chimères ont été frappées de nullité par M. Broussais et ses sectateurs. La seule réflexion d'un homme sensé aurait dû en faire justice ; mais le respect qu'imposaient des noms respectables, et l'espèce de vénération que l'on conservait pour les idées des anciens maîtres semblaient obliger leur conservation et leur défense ; l'erreur en vieillissant devient respectable. (M. Richerand), la vérité a fini par triompher ; cet échafaudage antique, bâti sur des hypothèses, a été livré à la ruine qui l'attendait. L'ontologie médicale est détruite en ce sens que les maladies ne sont pas des entités, mais bien des modifications de l'action de nos tissus. C'est cette modification d'action qui altère les fluides de l'économie et ceux provenant du dehors et qui les fait ainsi servir à la production des maladies; c'est cette même action anormale variable dans les différens tissus qui en retentissant dans certains lieux

de l'économie vivante, y prédispose cette nouvelle portion à la même affection, ou bien fait développer celle-ci. Enfin c'est cette action qui, à différens degrés, ne peut être que trop faible ou trop forte, qui doit devenir bientôt la colonne principale de l'édifice médical. L'hypothèse ne convient pas dans une science de faits, entre les hommes qui disent, telle chose est, et la nature qui dit, telle chose n'est pas : il faut en croire la nature (Dupaty). Les entités morbides n'ont jamais été rencontrées que dans les livres; « et ceux-ci sont des verres placés » entre nous et la nature, qui grossissent ou diminuent chaque objet, embellissent souvent le » faux de l'illusion du vrai, et nous conduisent au mal par les routes du bien » (1).

Je ne me livrerai pas à la discussion que nécessiterait la grande nomenclature des causes, tel ne doit pas être mon objet; qu'il me suffise de déclarer en passant, et comme pour servir d'introduction à des développemens ultérieurs, que je n'admets que des causes *prédisposantes* (d'où prédisposition); et des *efficientes*. Je ne conçois également que deux sortes de modificateurs de l'action de nos tissus, des *excitans* et des *sub-excitans*..... mais évitons toute digression, notre seul but doit être d'exposer les causes de l'ab-irritation.

Doit-on admettre une prédisposition à la sub-excitation? — Deux questions générales doivent d'abord fixer notre attention, voici la première : doit-on admettre parfois dans nos tissus une prédisposition à l'ab-irritation?

La prédisposition d'un tissu à la maladie, se mesure, à mon avis, par la dose d'irritabilité qu'il possède; mais cette proposition générale est sujette à quelques exceptions.

Plus un tissu est irritable, plus est grande sa facilité à recevoir l'influence des agens excitans. Si ceux-ci sont très-énergiques, l'irritation ou l'inflammation en est la suite; tandis que lorsqu'ils sont moins énergiques cette dose élevée d'irritabilité donne au tissu qui en est porteur une force de réaction (sub-excitation) qui fait décider en sa faveur le succès du combat que lui livrent les agens modificateurs stimulans ou ab-irritans.

C'est à la faveur des particularités d'organisation que je viens de signaler, que l'on peut se rendre compte de cette résistance remarquable chez certains sujets, à l'action des causes morbifiques qui les entourent. Mais c'est aussi à cause de ces particularités que plusieurs individus sont plus fréquemment affectés par des maladies d'irritation ou d'inflammation.

N'oublions pas que cette irritabilité énergique n'est jamais répartie d'une manière égale; elle prédomine dans tel ou tel tissu ou système d'organes, de là les tempéramens et les idiosyncrasies. La prédisposition à l'ab-irritation est absolument l'état opposé au précédent. Un tissu doué de peu d'irritabilité est facilement atteint par les agens stimulans; mais alors dans la lutte qui s'établit le succès doit rester aux derniers, parce que la force de réaction des premiers n'a pas assez d'énergie pour résister. C'est dans ces cas que la sub-excitation succède promptement à l'irritation, même à la sus-excitation, c'est aussi alors que la mort du tissu survient à cause d'une prompte usure de cette irritabilité peu énergique. De même tout tissu doué de cette dernière, est, pour les mêmes raisons, plus rapidement ab-irrité par les causes débilitantes.

Enfin puisqu'il est vrai qu'un foyer d'inflammation après avoir duré pendant un certain temps perd à son tour la vitalité, il faut bien considérer l'inflammation ou l'irritation durable au nombre des anomalies de l'irritabilité qui prédisposent le tissu à l'ab-irritation.

Telles sont mes idées fondamentales sur la prédisposition des tissus aux maladies : toute autre interprétation est hors de ma portée : peut-être serait-elle une subversion aux lois de la vie.

Le froid est-il un agent débilitant ou excitant? Son action peut-elle être assimilée à celle des astringens? — Il débilite l'extérieur, dit M. Broussais, et les viscères éprouvent de l'excitation; examinons.

Les effets immédiats d'un bain froid, par exemple, sont proportionnés aux habitudes, au degré de refroidissement de l'eau employée, à la sensibilité des individus, à l'état de leurs forces, etc., etc., de tout cela nous prenons un terme moyen. Ceux qui se plongent

(1) Bichat, *Éloge de Desault.*

dans ces sortes de bains, éprouvent un véritable resserrement spasmodique de la peau (chair de poule); les vaisseaux sanguins de celle-ci se resserrent évidemment, car la peau qui présentait d'abord un aspect bleuâtre, devient pâle et les solides diminuent sensiblement de volume. Ces phénomènes sont-ils asthéniques ? Cette condensation du solide peut-elle être rationnellement rapportée à l'ab-irritation? Ne serait-ce pas une subversion des idées reçues et basées sur des faits? la débilité facilite l'amas des fluides (1), et vous voulez que la disparition de ceux-ci en dépende? Et puisque la débilité favorise l'amas des fluides, comme nous l'avons irrévocablement établi dans le cours de ce travail, comment serait-il possible de concevoir que ces mêmes *fluides abandonneraient la peau quand le froid a ralenti son activité?* (2)

Le froid n'agit que sur l'irritabilité, et c'est l'irritabilité qui préside à toutes les sensations, *à tous les mouvemens et à tous les déplacemens des fluides* (3).

Or, cette irritabilité a dû être augmentée dans un mode particulier pour expulser les fluides et pour condenser les tissus. Et ce mode d'irritabilité ne peut être qu'une contraction permanente, pareille à celle que vous admettez, pour expliquer la *sédation* opérée par les astringens (4) et dont l'effet nécessaire est la diminution de la sensibilité, celle du calibre des vaisseaux, et de tous les phénomènes de circulation, de sécrétion et d'excrétion (*Ibid.*, p. 715 et 716). Vous ajoutez que ce qui prouve que cette diminution n'est point un phénomène purement passif, c'est que si les mêmes modificateurs (les astringens) agissent à des doses considérables il en résulte une véritable inflammation (5) Eh bien! lorsque le froid agit avec intensité ne produit-il pas le même résultat? Dans l'un comme dans l'autre cas n'est-ce pas un phénomène très-actif qui amène la réaction inflammatoire? Tous les astringens excitent dans le premier moment de leur action; tous resserrent la fibre et diminuent ensuite l'innervation (6). Je pense, d'après cet examen des phénomènes locaux et primitifs, que le froid agit de la même manière; je pense ensuite que l'analyse des phénomènes généraux et consécutifs rendra notre conviction évidente. Le froid agissant sur la peau, occasionne des phlegmasies viscérales, des névrites, des hémorrhagies, des augmentations de sécrétion, des épanchemens de sérosité, etc. (7). Les fluides doivent nécessairement aller où les appelle l'excitation (8), et celle-ci part des sens externes et des membranes muqueuses qui sont destinées à recevoir l'action immédiate des agens extérieurs..... Car il n'est point de maladie d'irritation qui ne doive son origine à la stimulation de l'un de ces tissus (9); par conséquent toutes les maladies d'irritation occasionées par l'action du froid dépendent d'un mode d'excitation que cet agent a provoqué dans les surfaces de rapport. C'est pour cette fin que dans ces derniers lieux, *nos nerfs très-irritables, sont organisés de manière à forcer le système sanguin à réagir contre le froid* (10). Toute autre théorie ne me semble pas applicable à l'action du froid. Quoi! c'est un agent débilitant, dit-on; et si on l'applique sur une surface enflammée il augmente l'exaltation pathologique. Voilà, il faut en convenir, un singulier débilitant. On répond, il a un mode d'action spécial. Mais quel est ce mode, si ce n'est celui que nous lui reconnaissons? Il faut que l'irritabilité soit normale pour qu'il produise la débilité; mais alors avons-nous vu l'existence de celle-ci? Existe-t-il la moindre ressemblance entre les effets locaux et sympathiques produits par le froid, et ceux que l'on obtient par les ab-irritans connus; tels que les farines de lin, d'althéa, ou leurs décoctions? Le froid (bains) est tonique et fortifiant par la réaction qu'il provoque. Mais quels sont les modificateurs capables de provoquer cette réaction, si ce ne sont ceux qui exaltent l'action vitale? Peut-on concevoir une scène de réaction à

(1) *De l'Irritation et de la Folie*, page 229.
(2) M. Broussais, opusc. cité, page 196.
(3) *Ibid.*, page 197.
(4) M. Broussais, *Commentaires*, pag. 715 et 716.
(5) *Ibid.*, page 706.
(6) *Ibid.*, page 720.
(7) *de l'Irritation et de la Folie*, pag. 196 et 197.
(8) *Ibid.*
(9) *Commentaires*, page 17.
(10) *Commentaires*, p. 642.

l'occasion d'une modification locale de vitalité sans que celle-ci ait été de même nature, c'est-à-dire, une sus-excitation ?

D'après les considérations qui précèdent il nous semble évident 1° que la modification des tissus sur lesquels le froid agit est un mode d'excitation.

2° Que si cette modification était ab-irritative on ne saurait se rendre compte des phénomènes d'irritation et d'inflammation consécutifs; attendu que la sub-excitation anéantit les sympathies. « Lorsque l'action organique d'une partie s'affaiblit l'influence sympathique qu'elle » exerce doit nécessairement aussi diminuer dans la même proportion, jusqu'au point de l'iso- » ler, pour ainsi dire, du reste de l'économie, si elle se paralyse complètement ». (*Roche et Sanson*, t. 2, pag. 159.)

3° Que tous les phénomènes observables dans le tissu sur lequel le froid exerce son influence indiquent une contraction permanente de la fibre vivante.

4° Que cette espèce de *spasme* du solide nous permet de nous rendre compte de l'expulsion des liquides, de la perte de la chaleur, et de la condensation du tissu; attendu que la circulation des liquides, les actions chimico-vitales qui concourent à la production de la chaleur, et l'épanouissement des tissus dépendent du *mouvement* du même solide vivant.

5° Qu'enfin lorsque cette stimulation cesse d'être *spasmodique*, qu'elle reprend son action accoutumée sur les tissus, et qu'elle y *produit également la condensation suivie de l'élongation ou du relâchement* (1), alors, si le rythme est normal, l'équilibre se rétablit; s'il est sus-normal l'irritation ou l'inflammation en est la suite.

Causes et modes divers de naissance de la sub-excitation. — « L'homme ne peut vivre que » par l'excitation, mais celle-ci quelle qu'en soit la cause, tend à s'affaiblir au bout d'un cer- » tain temps; de sorte que la vie s'éteindrait infailliblement si des nouveaux stimulans ne ve- » naient sans cesse renouveler l'excitation, voilà le fait général; il est applicable à tous les » excitans » (2). Il est une foule d'excitans qui viennent du dehors, et qui agissent sur les surfaces de rapport précitées. Leur soustraction brusque et entière provoque la réaction, l'irritation, etc.; leur énergie trop faible, peut dépendre d'un défaut de quantité, tels sont l'oxigène, les alimens et les excitans qui agissent sur les autres sens ou surfaces de rapport. La plupart de ces agens, qu'il est inutile de nommer parce qu'ils sont connus, lorsqu'ils ont, par leur défaut de quantité, ab-irrité la surface sur laquelle ils exercent leur action, il en résulte souvent pour le cerveau une nuance de sub-excitation, dépendante de l'atonie de la surface qui, dans l'état normal, lui envoie sa part de stimulation.

Il arrive parfois que la plupart de ces stimulans externes pèchent par leurs qualités : la disette, le régime aqueux, la respiration d'un air humide, l'absence de la lumière; des alimens fades, muqueux, non excitans; les mucilages, les émolliens, les astringens, les bains tièdes, le froid humide; l'acide hydro-cyanique. On concevra facilement, je pense, d'après les longs détails dans lesquels nous sommes entrés dans le cours de ce travail, quels sont les nombreux effets secondaires qui doivent résulter de l'ab-irritation des organes ou tissus, amenée par l'action des causes précitées.

La mauvaise alimentation ne sub-excite pas seulement le tube digestif, elle propage son influence débilitante dans le système chylifère, et l'altération des liquides importans qui en résulte, détériore le sang veineux, l'hématose, etc., souvent dans un mode asthénique, mais plus souvent d'une manière asthénique. La muqueuse gastro-intestinale, lorsqu'elle est ab-irritée, prive les centres nerveux d'une source puissante de stimulation et y produit secondairement l'ab-irritation. M'étendre d'avantage sur ces particularités morbides secondaires, ce serait reproduire ce que les ouvrages de physiologie contiennent sur le rapport des organes et de leurs fonctions; or, comme les lecteurs seront physiologistes je dois abandonner ces considérations vraiment superflues.

Les causes de l'ab-irritation sont très-souvent des causes excitantes, mais principalement

(1) M. Broussais, *de l'Irritation et de la Folie*, p. 52.
(2) *Ibid.*, p. 195.

de la nature de celles qui augmentent la fonction des organes. Ainsi le cerveau long-temps et fortement excité par le travail et la méditation tombe fréquemment dans un collapsus, un véritable état asthénique, qui le rend impropre à l'exercice de la pensée, si des excitans énergiques ne le sortent de sa stupeur (Roche et Sanson). Ce que nous disons du cerveau en général s'applique aux différens départemens qui composent l'organe de la pensée. L'absence des excitans cérébraux conduit aux mêmes résultats. D'autres causes irritantes peuvent encore produire l'asthénie, mais c'est après avoir provoqué l'inflammation; ou plutôt ce dernier état morbide laisse quelquefois après lui, dans les tissus qu'il a occupés, un véritable état asthénique qui réclame l'emploi des stimulans (Roche et Sanson).

Causes dans les systèmes nerveux et musculaires. — L'ab-irritation d'une partie de l'économie vivante produit quelquefois la même modification dans des organes éloignés; celle du cervelet donne lieu à la sub-excitation des testicules, l'ablation de ceux-ci ab-irrite le cervelet (anaphrodisie). L'asthénie d'une autre portion de la masse encéphalique d'où naissent des nerfs se manifeste bientôt dans ceux-ci, et partant, dans tous les instrumens de fonctions qui ne peuvent se passer de l'influx nerveux : nos développemens antérieurs ont mis ce dernier point hors de doute, tout en fournissant l'interprétation du mécanisme de ces divers phénomènes atoniques.

Il arrive quelquefois qu'une tumeur accidentelle se développe aux environs d'une portion des deux systèmes nerveux, et qui, par la compression qu'elle y exerce insensiblement, produit encore l'asthénie nerveuse avec toutes les suites possibles.

Une même production morbide, sur le trajet du système vasculaire rouge, ou sur les portions importantes du système lymphatique, amène à la longue la sub-excitation dans certaines portions, ou dans la totalité de ces systèmes. De là les divers obstacles à la circulation, signalés plus haut; de là aussi les nombreux effets consécutifs d'ab-irritation. C'est aussi par des semblables causes que la *surdité* a été produite. M. Itard a trouvé la caisse du tympan remplie de concrétions, de végétations, et une matière gélatineuse y a aussi été remarquée par lui. D'autres fois c'est un produit nouveau dans le cœur qui détermine les mêmes phénomènes. Tantôt c'est l'accumulation d'une grande quantité de sérosité dans le péricarde qui provoque l'asthénie du cœur (*Bertin*, *Bouillaud*, *Roche* et *Sanson*).

La sur-sécrétion de sérosité dans les cavités cérébrales donne lieu aussi à des phénomènes d'ab-irritation trop connus pour être détaillés; il en est de même de l'hydrorachis et des épanchemens sanguins. Mais la pression que ce liquide détermine, peut seulement s'exercer sur certains points circonscrits des organes cités, de là des phénomènes consécutifs variables, tels que perte du sentiment ou du mouvement.

L'*amaurose*, l'*héméralopie* qui en est un degré; la *surdité*, *l'anosmie*, la perte du goût et l'*anaphrodisie*, dépendent assez fréquemment de la même cause. Mais celle-ci n'est le plus souvent que l'effet d'agens stimulans ou irritans provenus du dehors, ou d'irritations parties des organes de l'économie. Le ramollissement, l'engorgement, ou l'atrophie dans certaines portions du cerveau ont donné lieu à diverses espèces d'asthénies. La paralysie des organes de la parole a dépendu d'une de ces lésions dans les lobules antérieurs du cerveau. La paralysie des membres inférieurs à l'altération des lobules moyens ou à celle des corps striés; celle des membres supérieurs a été l'effet d'une de ces lésions dans les couches optiques ou les lobules postérieurs du cerveau; la perte de la sensibilité de la conjonctive a dépendu de l'altération du rameau nerveux (ou du centre d'où il naît) que lui envoie la 5e paire. De même l'altération de la 3e et de la 6e paires a paralysé les mouvemens volontaires de l'œil. La lésion de la 4e paire a altéré les mouvemens involontaires et instinctifs de l'organe visuel ainsi que les relations sympathiques de celui-ci avec l'appareil respiratoire (1).

Lorsqu'on passe en revue les différentes causes, une chose importante est à éviter afin de bien apprécier leur nature, c'est de ne pas juger la modification vitale par l'état de la fonction. Celle-ci en effet pourrait être anéantie ou asthénisée à l'occasion de l'inflammation de

(1) Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, p. 276 et suiv.

l'organe qui l'exécute; c'est ce qui accompagne certaines gastrites, pneumonites, myosites, etc.

La *démence,* n'importe sa forme, dépend le plus souvent d'abord d'une exagération de l'action cérébrale, d'une irritation ou d'une inflammation : *l'ab-irritation* en est la cause directe ou formelle dans la vieillesse, comme dans les autres âges de la vie. C'est dans tous les cas à l'ab-irritation d'une ou de plusieurs portions de la substance corticale du cerveau que l'on doit rapporter l'asthénie des diverses fonctions intellectuelles. (Voyez Bouillaud, ouvrage cité.)

Le développement incomplet ou nul des facultés intellectuelles (*idiotie*), a toujours pour cause une anomalie de conformation encéphalique. Cette anomalie, qui commence avec la vie ou dans un âge qui précède l'établissement complet de l'intelligence, dépend d'une irritation ou d'une ab-irritation d'un ou de plusieurs des élémens de l'organe. Les différens degrés d'idiotie ou de démence sont toujours relatifs à l'étendue et au siége de la modification organique.

L'ab-irritation frappe aussi la fibre musculaire. Disons ce qui est connu, il sera applicable à ce qui reste à connaître. La paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure (blépharoptose) a eu pour cause fréquente la compression de ses nerfs, ou un engorgement cérébral actif ou passif. La sub-excitation du muscle, consécutive à son inflammation, y a souvent donné lieu. Les causes de la blépharoptose sont aussi celles de l'*aphonie* et de l'asthénie de l'œsophage. Celle-ci a été une fois reconnue idiopathique par *Van Swieten.* J'ai fait la même remarque pour les deux autres.

L'asthénie de l'estomac s'est montrée, après la guérison de plusieurs gastro-entérites aiguës, surtout à la suite de celles qui se sont développées sous l'influence d'alimens de mauvaise qualité et de l'usage d'eau bourbeuse, au milieu d'une atmosphère froide et humide, et sur des hommes plongés dans la malpropreté; dans la convalescence de celles de ces phlegmasies qui ont été accompagnées d'une abondante sécrétion de mucosités; enfin dans l'intervalle des accès de la plupart des gastro-entérites intermittentes. (*Roche* et *Sanson*). Je l'ai vue dépendante d'un état ab-irritatif, gélatiniforme, des deux espèces de nerfs de cet organe. Une autre fois elle était l'effet d'une oblitération des artères coronaires stomachique et gastro-épiploïque droite.

Au chapitre de l'ab-irritation nerveuse, j'ai rencontré l'occasion de rapporter des causes d'asthénie du tube intestinal, trouvées dans un état pathologique de la moelle épinière, et dans les nerfs du trisplanchnique. Une oblitération presque complète, occasionée par la présence d'une tumeur développée au voisinage de l'artère mésentérique supérieure, s'est rencontrée à l'autopsie du cadavre d'un homme de 65 ans, qui avait offert tous les signes de la débilité intestinale. La vieillesse prédispose à ces causes. « Le défaut d'exercice, l'air humide » et brumeux des grandes villes, l'usage d'alimens farineux, aqueux, privés de qualités stimu- » lantes, de l'eau pure pour boisson habituelle, la présence d'une fissure ou de tumeurs hé- » morrhoidales douloureuses à l'anus. Telles sont des causes ordinaires de cette asthénie.» (Roche et Sanson.)

L'ab-irritation de la vessie dépend le plus généralement de coups ou de chutes sur la région hypogastrique, les lombes ou le sacrum. D'autres fois c'est la contusion du col de la vessie par la tête de l'enfant pendant l'accouchement, des diurétiques ou d'autres causes irritantes qui y donnent lieu. C'est sur la moelle épinière ou sur les nerfs de l'organe que les premières causes agissent, tandis que la plupart des autres portent directement leur action sur la vessie.

La sub-excitation de l'utérus a souvent pour cause la crainte, la trop grande distension de l'organe, une débilité liée à la constitution générale du sujet; l'ab-irritation de la moelle ou des nerfs utérins seulement. Un ab-irritant direct du col utérin c'est la belladone : ce modificateur ainsi que la jusquiame sont quelquefois employés, toujours avec succès, pour faire disparaître la rigidité du col utérin, ou pour débiliter le sphincter de l'iris. Enfin, l'asthénie de l'utérus dépend souvent de la fatigue occasionée par la longueur du travail de la parturition. Toutes les modifications de l'action cérébrale, qu'elles soient irritantes ou ab-irritantes, peuvent produire l'asthénie des organes génitaux. Ces causes, dites affections morales, sont quelquefois si énergiques, qu'elles paralysent en quelque sorte les organes de la génération. Chez un homme superstitieux, il a suffi de la simple menace de lui *nouer l'ai-*

quillette, pour produire cet effet. Mais quoique la vieillesse soit la principale des causes, toutes les espèces d'excitation des organes la produisent fréquemment. Quelquefois cependant elle dépend d'une alimentation débilitante telle que celle que nous avons souvent signalée.

Il sera facile, je pense, de compléter cette première partie des causes, en jetant un coup d'œil sur la première division de notre travail. Entrer dans plus de détails serait devenir fastidieux, attendu que je devrais appliquer à d'autres asthénies *nerveuses* et de mouvemens, des considérations établies et qui peuvent facilement s'adapter à ce qui resterait à dire sur les causes de l'ab-irritation nerveuse et musculaire. Du reste, nous y reviendrons encore, puisque nous devons exposer de nouvelles causes d'ab-irritation *sanguine*, *lymphatique*, etc., conformément à notre plan.

Causes dans les systèmes vasculaires rouges.— Remarquons encore par rapport aux *causes de la sub-excitation sanguine* que l'irritation et l'inflammation doivent être placées en première ligne, et que c'est le plus souvent après l'un de ces phénomènes morbides que la sub-excitation s'établit. Ainsi donc, toute excitation violente ou toute irritation soit idiopathique ou sympathique du système circulatoire, sera cause, au bout d'un certain temps, de l'ab-irritation qui doit s'établir. D'autres fois, elle dépendra d'une alimentation ab-irritante, d'un repos trop long-temps continué, de l'usage d'agens sub-excitans de ce système, tels que la belladone, par exemple; elle pourra aussi être occasionée par l'hydro-péricarde, une tumeur développée aux environs d'un gros vaisseau, ou dans ce dernier (polypes, etc.) une hépatisation pulmonaire, ou un autre engorgement dans ce lieu. L'anévrysme de l'aorte est souvent cause de la dilatation passive du cœur gauche.

Une hémorrhagie abondante est une cause assez fréquente de l'ab-irritation sanguine. La position verticale est aussi au nombre des causes; et nous considérons encore comme telles la compression de certaines parties des membres. L'utérus chargé du produit de la conception agit à la manière de ces derniers. L'ascite et l'hydro-thorax font la même chose. Nous savons aussi que toute gêne dans l'innervation cérébrale occasionée par l'encéphalite, etc., produit l'asthénie du système circulatoire. Et si nous ne perdons pas de vue l'organisation vasculaire du poumon, nous concevrons avec facilité comment l'ab-irritation sanguine se propage dans l'organe de la respiration pour y amener le même effet pathologique.

Enfin, l'asthénie des systèmes nerveux, sous la dépendance desquels se trouvent les organes de la circulation, provoque aussi, comme nous l'avons exposé, l'ab-irritation dans une portion ou dans la totalité de celui-ci.

Il ne faut pas oublier de placer ici au nombre des causes toutes les sources d'épuisement telles que la suppuration, la masturbation, etc., etc., et lorsque ces causes, comme toutes les autres, agissent avec intermittence, l'ab-irritation affecte le même mode.

L'ab-irritation vasculaire d'un organe peut parfois favoriser l'engorgement actif d'un autre; c'est ainsi que, lorsque cette sub-excitation se montre dans le canal digestif soit après son inflammation continue ou intermittente, la rate se tuméfie davantage: l'engorgement de cet organe par ce mécanisme est une des nombreuses preuves en faveur de l'opinion qui fait considérer la rate comme étant un diverticulum du sang, opinion plutôt fortifiée que détruite par les extirpations de ce viscère opérées sur des chiens, par M. Dupuytren.

La sus-excitation du système lymphatique est encore au nombre des causes de l'ab-irritation sanguine.

Causes dans le système lymphatique. — L'obstacle à la circulation sanguine produit à son tour la débilité du système lymphatique, et les autres causes de cette dernière sont à peu près toutes celles que je viens de désigner pour le système vasculaire rouge. C'est, du reste, à la 3e division qu'on les trouvera, parce que j'ai dû y laisser le complément de cette partie des causes.

Causes dans le système de la nutrition. — Quant aux causes de l'ab-irritation nutritive

ce sont celles que nous avons exposées précédemment, soit en général, soit par rapport aux systèmes nerveux et circulatoires. Mais l'ab-irritation nutritive comme toutes les autres peut être primitive. Alors elle succède à l'action normale, elle semble être le résultat d'une espèce de fatigue du tissu vivant. Un obstacle à la circulation dans les grosses artères a aussi été indiqué comme cause d'asthénie nutritive et de gangrène *sénile*. « On observe quelquefois l'atro-» phie des glandes soit par une pression extérieure, soit par une production accidentelle dé-» veloppée dans leur épaisseur : elle a aussi lieu par le défaut d'action, ou même sans cause » appréciable. » (Béclard, *Anatomie générale*, p. 398.)

Causes dans le système des sécrétions. — Il existe un mode de liaison entre les différens systèmes d'organes, nous l'avons apprécié ; c'est cette espèce d'enchaînement d'action qui nous conduit à une appréciation rationnelle de l'action de mêmes causes produisant, selon les dispositions des tissus, des effets variables comme le sont les élémens d'organes par rapport aux fonctions qu'ils remplissent. C'est par ces motifs que nous rencontrons derechef pour causes de l'ab-irritation sécrétoire, celles que nous avons indiquées pour les sub-excitations nerveuses et circulatoires. En effet, l'asthénie sécrétoire a souvent pour cause un foyer d'inflammation; l'agalaxie dépend parfois d'une métrite ou d'une autre phlegmasie. Elle résulte dans d'autres circonstances de la débilité du sujet ou de la grande activité d'un autre appareil sécréteur, tels que les exhalans cutanés, ou bien les follicules muqueux intestinaux, etc. Dans les diarrhées, la peau est sèche, l'urine rare; et dans les diaphorèses ou le diabètes, il y a constipation : *Cutis laxa, alvi densitas; cutis densa, alvi raritas*, a dit Hippocrate.

Il ne faut donc pas, à l'imitation de plusieurs pathologistes, faire dépendre de la sub-excitation de certains sécréteurs tels que les cutanés, diverses affections, tels que migraines, maux d'yeux, des poumons, etc.; ce serait prendre l'effet pour la cause.

L'encéphalite aussi est parfois cause de l'asthénie urinaire, et les débilités nerveuses, circulatoires, etc., ainsi que la plupart de leurs agens provocateurs, doivent être rangés sur la même ligne ; toutes ces particularités sont aussi applicables à la *spermasie ;* et pour celle-ci comme pour toute espèce d'ab-irritation sécrétoire, le solide vivant chargé de cette fonction peut être ab-irrité primitivement. Cette espèce de fatigue qui succède quelquefois à l'action normale, est plus fréquemment le résultat de la sus-excitation ou de l'irritation.

Le repos trop long-temps continué ab-irrite les sécréteurs des bourses synoviales, et produit la *fausse ankylose*. L'usage de l'iode provoque l'atrophie des glandes mammaires, et partant l'agalaxie. La vieillesse est le signal de l'usure de l'irritabilité des tissus, et l'indice de l'incurabilité.

Enfin nous devons faire remarquer que la plupart des agens sub-excitans sont le plus souvent utilisés lorsqu'il s'agit de faire cesser des phénomènes dangereux produits par l'irritation ou l'inflammation. C'est ainsi que l'on asthénise le système sanguin par des saignées, etc., c'est encore dans la même vue que l'on débilite, à l'aide de la belladone, le sphincter de la pupille afin d'anéantir son rétrécissement, etc. Finalement, c'est en débilitant, avec le même modificateur, le col utérin, que l'on fait cesser une foule d'accidens graves qui dépendaient de sa trop grande rigidité, etc., etc.

D'après toutes les considérations qui précèdent, et surtout d'après celles que j'ai longuement exposées dans les *divisions*, l'on voit que pour bien comprendre l'ab-irritation et les maladies auxquelles elle donne lieu, il faut la considérer nue, si je puis m'exprimer ainsi, afin de ne pas la confondre avec les effets de l'irritation ou de l'inflammation permanente, effets qui sont toujours marqués par des phénomènes d'exagération de l'action organique ; tandis que ceux qui appartiennent à la sub-excitation ont une physionomie qui leur est propre. Voilà un point important de la science qui est encore actuellement en litige, mais il me semble qu'à cet égard, l'époque d'une nouvelle réforme n'est pas éloignée, et que l'on reconnaîtra bientôt qu'une foule d'affections ont été soustraites de leur classe pour grossir celle des maladies d'irritation.

SYMPTÔMES (1).

« Dans ses considérations générales sur la *symptomatologie*, l'auteur fait la remarque que, si le symptôme de l'irritation ou de l'inflammation doit être défini *le cri d'un organe souffrant*, celui de l'ab-irritation ne peut être que le *silence d'un organe malade.*

Les symptômes de l'asthénie sont, dit-il, toujours en quelque sorte passifs; ils consistent dans la langueur d'un système, ou dans la suspension d'une ou de plusieurs fonctions, et il ne faut pas, pour que l'ab-irritation soit bien caractérisée, qu'il existe absence complète des phénomènes d'irritation, mais il faut que l'action organique soit au-dessous de ce qu'elle est à l'état normal. Il fait observer que l'ab-irritation d'un organe entraîne la chute des relations sympathiques normales qu'il entretenait avec d'autres : la sub-excitation n'a donc pas de sympathies, et toute la scène morbide se borne à l'organe affecté.

L'auteur expose ensuite, d'après la division qu'il a adoptée précédemment, les symptômes des maladies qui appartiennent à l'ab-irritation; il serait superflu d'entrer dans des détails sur cette partie du mémoire, il nous suffira d'indiquer la nomenclature des maladies ab-irritatives qui y sont décrites, et dont voici le sommaire :

1° *Sub-excitations nerveuses et musculaires.* — Ab-irritation cérébrale et rachidienne. — Amaurose. — Surdité. — Anosmie. — Perte du goût. — Anaphrodisie. — Démence. — Idiotisme. — Paralysies de relation. — Blépharostose. — Aphonie. — Asthénie de l'œsophage. — Ab-irritation stomacale. — Asthénie des intestins. — Débilité de la vessie. — Ab-irritation de l'utérus. — Ab-irritation du cœur. — Débilité pulmonaire.

2° *Sub-excitations sanguines.* — Engorgement passif des capillaires sanguins. — Ossification des artères. — Hémorrhagies passives. — Anémie. — Aménorrhée.

3° *Sub-excitations lymphatiques.* — Ab-irritation des bouches absorbantes chylifères. — Ab-irritation des vaisseaux lymphatiques chylifères. — Ab-irritation des absorbans séreux. — Hydro-thorax. — Hydrocéphale. — Hydro-péricarde. — OEdème de la glotte. — OEdème du poumon.

4° *Sub-excitations nutritives.* — Amaigrissement et atrophie des membres. — Atrophie du cœur. — Atrophie des poumons. — Atrophie du foie. — Atrophie de la rate. — Atrophie des reins. — Atrophie des testicules. — Scorbut. — Rachitis. — Gangrène. — Gangrène des poumons. — Gangrène spontanée sénile. — Certains ulcères.

5° *Sub-excitations sécrétoires.* — Ab-irritation sécrétoire du foie. — Des exhalans cutanés. — Des follicules muqueux. — De la glande lacrymale. — Des humeurs de l'œil. — Des sécréteurs adipeux. — Des sécréteurs de la synovie. — Alopécie. — Agalaxie. — Aspermasie.»

TRAITEMENT.

« La thérapeutique, dit l'auteur, doit faire abnégation de toute hypothèse. La doctrine expérimentale de la sensibilité et de l'irritabilité, considérée dans les divers systèmes d'organes dont l'économie vivante se compose, me paraît être un centre commun auquel viennent se rattacher toutes les vérités de la science de l'homme, et d'où doivent émaner toutes nos méthodes de curations (Alibert). La faiblesse, avons-nous dit d'après M. Broussais, est le résultat commun de toutes nos maladies, et l'indication de rendre les forces se présente constamment après celle

(1) Pour nous conformer à la décision de la Société, nous supprimons ici ce qui est relatif à la symptomatologie et à la thérapeutique de l'*ab-irritation*, qui n'offrent rien de bien nouveau pour la science, quoique rédigées avec beaucoup de sagacité. La commission du concours a jugé que, sous ce rapport, l'auteur avait laissé la question à peu près au point où il l'avait trouvée. Nous donnerons néanmoins l'analyse de ces deux parties, que nous extrayons du rapport fait à la Société par MM. Van Mons, Talma et Marinus. (*N. du R.*)

de les diminuer (1). Mais c'est cette indication qu'il est important de bien saisir ; c'est lorsqu'il s'agit de la remplir, qu'il est une foule d'écueils à éviter; jetons donc quelques considérations générales sur ces points importants.

» La médication stimulante peut-être *directe* ou *indirecte*. A l'aide de la première on agit directement sur l'organe ou tissu ab-irrité; par la seconde on stimule une partie afin d'y faire participer celle qui est sub-excitée. La stimulation se propage donc dans certaines circonstances, tandis que d'autres fois c'est l'agent stimulant qui se répand; dans cette dernière catégorie, se rangent tous les modificateurs qui sont absorbés. Lorsque la médication stimulante est indiquée, il est important de bien apprécier l'état du tissu ou de l'organe sur lequel on se propose de faire agir l'agent thérapeutique. L'action stimulante que l'on doit provoquer pour détruire la sub-excitation, doit être lente et modérée, tout ce qui tient de la violence, révolte à l'irritabilité des tissus ; il est donc important de bien apprécier l'état de la partie sur laquelle on applique le modificateur, car s'il est irrité, la scène que vous provoquerez aura une violence incompatible avec le but que vous vous proposerez, et d'un autre côté vous exposerez la partie à la désorganisation inflammatoire. Ces préceptes sont plus spécialement applicables à la médication directe. C'est aussi pour les mêmes raisons qu'il faut proportionner la dose et l'énergie des stimulans à l'irritabilité des organes, et qu'il est souvent indispensable de faire alterner les divers genres d'excitans et de toniques avec des moyens mixtes.

» Lorsque l'asthénie dépend de l'irritation d'un autre tissu ou organe, les divers stimulans sont contre indiqués dans la plupart des cas, parce qu'il peut arriver que la stimulation devienne révulsive. Cette manière différente d'agir a souvent été, ce me semble, une source d'erreurs par rapport à la modification de l'action organique que l'on voulait combattre.

» En effet, les modificateurs stimulans auxquels on donne tantôt le nom de *révulsifs*, ont souvent dissipé une asthénie, au lieu de faire disparaître une irritation comme on le prétendait. Si vous vous rappelez toutes les considérations que nous avons fait valoir par rapport à l'état pathologique désigné sous le nom de *phlegmasie chronique*, maladies qui ne doivent souvent leur guérison qu'à l'usage des stimulans énergiques directs ou indirects; alors, dis-je, vous serez convaincu que dans la majeure partie des cas l'on n'a fait que relever l'action vitale d'un tissu engorgé passivement. Mais la médication stimulante, disons-nous, peut être utile lorsque l'ab-irritation dépend d'un foyer d'irritation : c'est lorsque l'intensité de la première est supérieure à celle du second : *duobus doloribus*, etc., axiome qui, sans être détruit, n'est pas appréciable à la stimulation indirecte destinée à combattre l'ab-irritation, puisque, comme nous l'avons remarqué, la sus-excitation que l'on provoque dans un endroit va relever l'inertie du tissu ou organe ab-irrité. Toute la différence paraît donc exister dans les degrés de la stimulation, et voilà aussi la raison pour laquelle tout révulsif trop faible alimente le foyer d'irritation ou d'inflammation que l'on veut détruire par lui. Toute stimulation indirecte est donc diffusible, et elle l'est d'autant plus que le modificateur est plus énergique : les éthers, par exemple, sont de ce nombre; mais par rapport à ces derniers on les dit *calmans* à certaines doses et dans des circonstances convenables, tandis qu'ils sont *stimulans* dans des conditions opposées (*Roche* et *Sanson*, t. 2, p. 161). Il suffit souvent, disent ces auteurs, de les faire inspirer pour calmer l'irritabilité trop vive du système nerveux. Je ne partage pas cette opinion, et si c'en était ici le lieu, je pense que je parviendrais à prouver qu'ils agissent toujours en stimulant, qu'ils révulsent parfois sur certains tissus la trop grande irritabilité cérébrale, et que d'autres fois c'est en engorgeant activement le centre encéphalique qu'ils font taire les désordres de la sensibilité. Dans ce dernier cas ils imitent assez bien l'opinion qui est un stimulant du système nerveux ganglionnaire qui enchaîne le système capillaire sanguin.

Je ne dois pas, sans doute, dans un travail de la nature de celui-ci, entrer dans des détails pharmacologiques, chacun sait que les agens thérapeutiques ont une manière spéciale d'agir, et que la partie sur laquelle on doit appliquer un stimulant *indirect*, doit être choisie d'après ses sympathies connues, etc., chacun sait, dis-je, qu'il est des stimulans ou toniques qui, malgré la voie par laquelle ils sont introduits dans l'économie, agissent spécialement sur tel

(1) *De l'irritation et de la Folie*, p. 234.

ou tel système ou appareil d'organe, d'où les dénominations de *diaphorétiques, vomitifs, purgatifs, diurétiques, sialagogues, emménagogues, nervins*, etc. Je dois ici m'occuper exclusivement de l'indication des moyens thérapeutiques propres à combattre l'ab-irritation; or, comme celle-ci a été examinée dans les différens systèmes d'organes, ce sera en suivant la même marche que je rencontrerai l'occasion de remémorer aux lecteurs le mode d'action spécial dont sont doués les divers agens médicamenteux et hygiéniques, qui sont souvent curatifs. Par rapport à ces derniers je ne saurais mieux faire que de transcrire en entier l'article à la fois concis et très-exact intitulé : *Régime stimulant* (titre sous lequel je le désignerai lorsque son emploi sera indiqué) que l'on trouve dans le brillant ouvrage de M. Roche et Sanson (tome 2, p. 163, édition de Bruxelles). »

(L'auteur expose ensuite les moyens thérapeutiques propres à combattre l'ab-irritation dans les différens tissus ou systèmes d'organes, d'après l'ordre suivi à l'article de la *Symptomatologie*.)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-PIERRE.

Observations *recueillies dans le service de M. le Docteur* Van Mons, par MM. Renard et Van Swygenhoven, élèves internes.

I. *Observations de dysenterie épidémique.*— Le nommé Loyaerts (Henri), âgé de 13 ans, demeurant rue du Fleuriste, entra à l'hôpital St-Pierre le 19 janvier 1835. Sa maladie datait de six jours et présentait les phénomènes suivans (1) :

La face est grippée, les yeux ternes, entourés d'un cercle noirâtre et enfoncés dans les orbites; la langue est sèche et couverte d'un enduit roussâtre ; la soif est intense, la région épigastrique est le siége d'une vive douleur qui augmente à la pression; des douleurs se font également sentir dans toute l'étendue du ventre ; le malade se plaint de coliques, de ténesmes à l'anus ; il a une vingtaine de selles par jour, contenant une grande quantité de sang artériel rouge vermeil, ses urines sont rares et rouges, sa peau brûlante et sèche; la soif vive, le pouls petit et accéléré. Le malade est tourmenté par une insomnie et une agitation continuelles.

A son entrée on lui administre des lavemens amylacés avec quelques gouttes de laudanum, une potion adoucissante contenant une demi-once de sirop de diacode, de l'eau de riz pour boisson. On lui fait des applications émollientes sur le ventre, et on lui prescrit la diète. On fut bientôt obligé de renoncer aux opiacés, la maladie ayant revêtu le caractère typhoïde. On lui fit tous les deux ou trois jours des applications de sangsues, tantôt à l'épigastre et tantôt à l'anus ; on lui donna pour boisson une décoction légère d'orge édulcorée ; on lui appliqua des fomentations émollientes sur le ventre ; des compresses trempées dans de l'eau vinaigrée furent placées sur la tête, qui était le siége d'une chaleur et d'une douleur vive, et la diète absolue fut continuée. Malgré ce traitement assez énergique la maladie se prolongea assez long-temps, les selles sanguinolentes firent place à des selles séreuses, qui ne cessèrent entièrement que vers la fin de février. Alors on commença à nourrir le malade avec du lait pur, puis avec du riz au lait, auquel on ajouta insensiblement du pain et d'autres alimens plus substantiels. Le malade sortit, entièrement guéri, le 23 mars.

La nommée Marie Loyaerts, sœur du précédent, âgée de 10 ans, entra à l'hôpital St-Pierre le 23 janvier 1835, jour de l'invasion de la maladie. Les phénomènes qu'elle présente sont à peu près les mêmes que ceux de son frère, aux symptômes sympathiques et à la réaction près; les yeux sont creux, cernés, entourés d'un auréole bleuâtre ; elle éprouve de légères coliques abdominales et du ténesme à l'anus ; elle se présente dix ou quinze fois à la garderobe par jour ; ses

(1) Un de ses frères était déjà mort à la maison, de la même affection sans avoir reçu les secours de l'art ; un autre qui arriva à l'hôpital en même temps que lui mourut dans les vingt-quatre heures.

selles sont peu copieuses, mais presque totalement composées de sang vermeil; quelques vomissemens ont également lieu. Du reste, la langue, le pouls et la chaleur de la peau sont comme dans l'état naturel; il n'y a pas de soif, mais la malade se plaint d'une faim excessive. On lui fait pendant dix jours des applications de sangsues en petite quantité, mais répétées; on lui administre des lavemens laudanisés, des potions opiacées; on lui donne pour boisson de l'eau de riz édulcorée; des applications émollientes sont faites sur l'abdomen, et une diète rigoureuse est prescrite. Nonobstant ce traitement les selles sanguinolentes persistent jusqu'au quatorzième jour, où elles furent remplacées par des selles séreuses, qui durèrent elles-mêmes pendant quinze jours. Lorsque la convalescence se déclara la petite malade était presque réduite au marasme. On la nourrit comme son frère, et elle sortit guérie le 5 mars.

II. *Rhumatisme aigu promptement guéri par le tartrate de potasse et d'antimoine.*— Jean Decoen, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital St-Pierre le 25 juillet 1835, atteint d'une amygdalite des plus violentes. Une saignée générale, une application de quatorze sangsues, les émolliens et un régime convenable parvinrent bientôt à le débarrasser de cette affection.

Presque immédiatement après survint un érysipèle phlycténoïde à la partie gauche de la face. Cet érysipèle envahit bientôt la totalité de la face, le cuir chevelu et la partie postérieure du cou, et fut traité par une saignée, des sangsues derrière les oreilles, le petit-lait avec la crême de tartre et la diète. A peine l'érysipèle eut-il parcouru toutes ses périodes (laissant pour traces de son passage une dartre squameuse sur le nez de l'individu et le cuir chevelu des régions pariétales, à peu près dépouillé de cheveux) qu'il fut pris dans la nuit du vendredi 14 au samedi 15 août, d'une douleur intense dans les articulations scapulo-humérales, huméro-cubitales, et radio-carpiennes droites, ainsi que de l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil du pied gauche. A ces douleurs se joignent une céphalalgie peu intense, de l'inapétence, de la soif, de la chaleur à la peau, un pouls fort et accéléré, une transpiration abondante, des urines rares et rouges. On administre le tartre émétique à la dose de VI grains avec demi-once de sirop de diacode dans une potion gommeuse.

Le 16, à peu près un quart-d'heure après l'ingestion du médicament, un vomissement copieux survint et fut suivi d'une selle. Dès ce moment les douleurs des articulations furent singulièrement diminuées; le pouls de fort, plein et accéléré qu'il était, devint insensiblement plus mou et plus lent. La céphalalgie avait cessé d'exister. Les symptômes s'amendèrent de plus en plus dans la journée, au point que vers le soir le malade ne sentait plus aucune espèce de douleur, pouvait facilement se mouvoir dans son lit (chose qui lui était tout-à-fait impossible auparavant). Ce malade voulut essayer s'il ne pourrait point se lever. Son étonnement fut grand lorsqu'il s'aperçut qu'il pouvait non-seulement le faire, mais même marcher sans trop de difficulté.

Le lendemain 17, Jean Decoen était parfaitement guéri.

Les 17, 18 et 19, il prit encore VIII, VI et IV grains de tartrate de potasse et d'antimoine.

Dans la nuit du 22 au 23 du même mois, étant dans une transpiration abondante, il se débarrassa de ses couvertures: il était couché sur son côté gauche, de manière que la partie droite de son corps était exposée au froid de la nuit. En se réveillant il fut fort surpris de ne pouvoir plus se mouvoir. On fut forcé de le placer sur son dos. Il ressentait la même douleur qu'auparavant, mais dans les articulations radio-humérales et fémoro-tibiales droites. Cette dernière articulation présentait au toucher une fluctuation peu étendue à la vérité, mais pourtant très-manifeste. La même soif, la même chaleur de la peau, la même force et accélération du pouls se manifestent que lors de la première invasion. Enfin le malade était encore une fois dans cette impuissance de se mouvoir que l'on remarque dans le début de presque tous les rhumatismes aigus. Le succès prompt que l'on avait obtenu la première fois ne laissa pas balancer un instant sur l'administration du tartre stibié. Aussi le lendemain 23, fut-il prescrit à la dose de VIII grains. Des vomissemens et des selles peu nombreuses ne tardèrent pas à avoir lieu.

Vers le soir la transpiration était encore forte, mais le pouls avait subi sa métamorphose ordinaire (1).

(1) On ne saurait croire avec quelle promptitude le pouls de dur, fort et fréquent devient peu à peu, après un vomissement ou deux, mou et lent.

Le 24, le rhumatisme quitta les articulations ci-dessus énoncées, non pour ne plus reparaître, mais pour aller envahir les articulations radio-carpiennes et tibio-tarsiennes du même côté. L'émétique fut continué, mais à la dose de gr. XII.

Le 25, les symptômes sont considérablement diminués. Les articulations les dernières atteintes se débarrassent; mais le rhumatisme va se jeter sur la tibio-fémorale. VIII grains d'émétique.

Le 26, disparution de toutes les douleurs.

Les 27 et 28, le malade continue encore à prendre le tartrate d'antimoine et de potasse, mais à doses successivement décroissantes. Il sort le 29 août 1835.

Rhumatisme aigu traité par le tartrate de potasse et d'antimoine. Guérison complète au bout de trois jours. — Le nommé Denain, Jacques, âgé de 19 ans, imprimeur, d'une constitution forte et robuste, fut atteint, le 31 juillet 1835, d'une douleur au genou, suite d'une transpiration abondante, supprimée imprudemment en s'exposant à une température basse, dans un lieu humide. Cette douleur fut d'abord méprisée; mais étant devenue plus intense elle força le malade à se mettre au lit.

Le 1er août et jours suivans les articulations fémoro-tibiales devinrent le siége d'une inflammation vive, et d'un gonflement considérable. Bientôt les articulations tibio-tarsiennes, scapulo-humérales, huméro-cubitales et radio-carpiennes, se mirent de la partie et force fut au malade de se faire transporter à l'hôpital le 5 août. Jusqu'alors il n'avait encore subi aucune espèce de traitement.

A la visite du 6 août, on reconnut les phénomènes suivans : traits de la face légèrement décomposés par suite des fortes douleurs. Décubitus sur le dos, impossibilité de se mouvoir. Les articulations ci-dessus désignées sont vivement enflammées, les articulations du genou sont remplies de sérosité. Le moindre attouchement fait jeter des cris au malade. La peau est brûlante; la transpiration abondante; le pouls fort et accéléré. On lui prescrit la diète; des boissons légèrement sudorifiques et la potion suivante :

R. Tartari emetici, gr. VIII.
Syrup. diacod. ℥ s.
Aq. gum. ℥ IV.

Le 7, à peine le malade eût-il pris deux cuillerées de sa potion que des vomissemens abondans eurent lieu. Le pouls est encore très-accéléré, mais moins fort. La langue est assez belle; la transpiration abondante. Du reste, presque point d'amélioration, mais diminution dans la quantité de synovie épanchée dans l'articulation du genou. On augmente la dose d'émétique comme suit :

R. Tart. emetici, gr. XII.
Syrup. diacod. ℥ s.
Aq. gum. ℥ IV.

Le 8, dans la journée d'hier, le malade n'a pas discontinué d'aller à la selle, mais pas le plus léger vomissement n'a eu lieu. Langue bonne; transpiration moins abondante; le pouls, de fort et accéléré qu'il était, est devenu mou et lent. Le gonflement des articulations disparaît à vue d'œil; on peut palper ces parties sans faire le moindre mal au malade. Il se meut avec facilité et sans douleur dans son lit; plus de liquide dans les membranes synoviales des genoux. L'appétit se fait sentir vivement. Soupe au lait; mêmes boissons. Les symptômes du mal étant diminués, on se contente de lui donner VI grains d'émétique dans la même potion.

Le 9, le malade est dans un état on ne peut plus satisfaisant. Le gonflement des articulations a totalement disparu. Plus aucune douleur ne s'y fait sentir même en pressant fortement ces parties.

Le malade curieux, comme le précédent, de s'assurer s'il ne pourrait pas marcher se lève.

Un succès parfait répond à son attente; il se promène dans la salle avec la plus grande facilité; même régime ; on ne lui administre que IV grains de tartre émétique.

Le 10, le malade est parfaitement guéri.

HOPITAL MILITAIRE DE GAND.

(Service de M. le Médecin principal Colson.)

Traitement des bubons vénériens par les vésicatoires ; par le Docteur Lutens, jeune.

Depuis quelques années la médecine a subi de bien grands changemens dans sa thérapeutique. Toutes les inflammations ne sont plus traitées par les sangsues et les boissons adoucissantes, et de nombreux faits viennent confirmer de jour en jour l'utilité et l'efficacité de quelques stimulans. Qu'il me suffise d'énumérer l'angine tonsillaire traitée par l'alun, la salivation mercurielle par les cautérisations avec l'acide hydro-chlorique, la vaginite et l'uréthrite des femmes, maladie si rebelle, par la solution concentrée du nitrate d'argent, l'ophthalmie chronique et même aiguë par les injections avec le sublimé corrosif, les arthrites rhumatismales par la teinture de colchique et le tartre émétique, les typhus adynamiques par les purgatifs et les toniques, la péritonite puerpérale épidémique par les mercuriaux.

Le régime antiphlogistique dont on ne peut méconnaître la nécessité dans les phlegmasies franches, nous est d'une bien moindre utilité dans les phlegmasies chroniques. Les tumeurs blanches, les orchites chroniques témoignent hautement de cette vérité.

Les engorgemens glandulaires du cou et des aînes affectent fréquemment une marche chronique. Leur guérison est lente et difficile. On a cru expliquer cet état par le peu de sensibilité dont le système glandulaire est doué.

Les engorgemens sont sous l'influence de diverses causes ; ceux du cou paraissent dépendre fréquemment du virus scrophuleux, ceux des aînes du virus syphilitique. Quelque peine que l'on ait à prouver l'identité de ces virus, le plus grand nombre de médecins n'en est pas moins convaincu de leur existence. Tous les bubons, tous les engorgemens du cou ne sont pas toujours vénériens, scrophuleux, quoiqu'on les traite presque constamment de la même manière. Les emplâtres mercuriels, les frictions mercurielles, celles avec l'iode, etc., après quelques applications de sangsues, constituent pour l'ordinaire le traitement principal. Conclure d'un traitement par le mercure ou par l'iode que l'affection est vénérienne ou scrophuleuse, c'est professer une opinion qui émane d'une fausse déduction.

Le mercure et l'iode sous quelque forme qu'on les administre sont des stimulans, principalement du système glandulaire ; les bons effets de ces moyens employés contre les bubons doivent être attribués à l'excitation produite par ces substances. Cette médication une fois reconnue bonne on a varié les stimulans, et successivement on a eu recours aux vésicatoires dont l'action est à la fois plus prompte et plus énergique. Ce dernier moyen, mis en usage depuis un grand nombre d'années, a été préconisé par le docteur Paillard, qui paraît l'avoir employé dans plusieurs cas avec succès. On m'assure que M. le docteur Buys, médecin de garnison à Bruges, le prescrit avec le même résultat. Ce moyen m'a servi depuis trois mois dans tous les cas de bubons qui se sont offerts dans mon service. Je suis parvenu à faire dissiper tous les engorgemens sans suppuration : chez un seul de mes malades à qui on avait fait appliquer deux fois des sangsues, un point fluctuant s'est déclaré.

Voici le traitement tel que je l'emploie : vésicatoires volans dès le premier jour de la maladie, et répétés jusqu'à la disparition de la tumeur. Pris généralement, un traitement complet exige quatre à huit vésicatoires, et la guérison est de trois à six semaines.

Lorsque le bubon est pour ainsi dire résorbé, je fais appliquer sur la partie malade des cataplasmes émolliens pour combattre la phlegmasie chronique de la peau, suite de l'application successive des vésicatoires. Si malgré ce traitement il reste un noyau dur, indolent, comme

squirrheux et qui semble s'étendre sous l'aponévrose, je me suis très-bien trouvé dans ce cas de faire appliquer sur la tumeur des briques chauffées, de manière à ce que la chaleur ne soit jamais interrompue (1).

Les effets de cette médication sont ceux-ci : la douleur, la rougeur et le gonflement inflammatoire augmentent après la première application d'un vésicatoire. Peu à peu ces symptômes se calment et à la troisième application le bubon est devenu indolent. Sa disparition n'a lieu que fort lentement et se remarque à peine.

Avant d'avoir adopté ce traitement j'ai employé divers moyens accessoires conjointement avec les vésicatoires. C'est ainsi que chez quelques malades je touchais jour à autre le derme avec le nitrate acide de mercure ; chez d'autres j'ai eu recours aux lotions avec le sublimé corrosif. Je n'ai point remarqué d'effet plus prononcé par ces moyens.

1re Observation. — Vandebroeke, Ignace, soldat au 1er bataillon d'artillerie de siége, dit n'avoir jamais eu de maladie vénérienne. En 1831, il sentit, après un violent effort qu'il fit pour soulever une pièce, une douleur dans les deux aînes où il survint un gonflement indolent et qui ne gêna nullement sa marche.

Vandebroeke ne réclama aucun soin du médecin, de sorte que les tumeurs devinrent de plus en plus grosses. Arrivé à l'hôpital de Gand le 19 août 1835, quatre ans après son accident, je vis un gonflement énorme, occupant chaque aîne, dur, indolent et se laissant comprimer en tous sens. M. Declerc, médecin de garde, en me rendant compte de ce malade, me proposa d'employer les vésicatoires; telle fut aussi mon intention. Je prescrivis en conséquence, le 20, deux vésicatoires, un de chaque côté. Le 22, même prescription.

Les tumeurs devinrent le siége d'une vive douleur, la chaleur fut brûlante, la plaie des vésicatoires grisâtre, les bords rouges et dentelés. Je fis panser ces surfaces avec le cérat simple et le malade dut constamment garder le lit. Les plaies fournirent beaucoup de pus et ne se cicatrisèrent que le 5 septembre.

Le bubon gauche avait entièrement disparu, et celui du côté droit était considérablement diminué.

Le 6, troisième application d'un vésicatoire à droite. Ce vésicatoire suppura jusqu'au 12.

Le 13 guérison et application de cataplasmes émolliens. A cette époque je montrai le malade à M. Declerc, qui ne put revenir de l'étonnante efficacité de ce traitement.

2e Observation. — Le nommé Coolsaet, Ignace, soldat au 7e régiment de ligne, entra à l'hôpital le 21 mai 1835. Il avait, depuis huit jours, un bubon à l'aîne gauche, de la grosseur du poing. La tumeur était douloureuse à la pression, sans rougeur ni symptômes de réaction fébrile. Les parties génitales n'offraient aucune affection vénérienne. Je fis appliquer pendant dix jours des cataplasmes émolliens sur l'aîne. L'amélioration fut peu sensible ; cependant les douleurs étaient calmées.

Le 2 juin, je prescrivis l'application d'un vésicatoire.

Les 4 et 7, même prescription. Je fis cautériser la plaie pendant quelques jours par le nitrate acide de mercure.

Les 17 et 22, on appliqua encore un vésicatoire.

La tumeur avait totalement disparu le 30 juin. On a eu recours aux cataplasmes émolliens pour ramollir la peau irritée, jusqu'au 5 juillet.

3e Observation. — Le nommé Avant, Louis, soldat au 7e régiment de ligne, se fit traiter le 22 juin, pour un bubon à l'aîne droite. La tumeur avait la grosseur d'un œuf de poule, elle était peu douloureuse, sans chaleur et sans réaction fébrile.

Le 23, vésicatoire ; le 25, même prescription ; sublimé corrosif gr. vi, eau distillée, deux livres, en lotion sur la surface.

(1) J'ai vu employer ce moyen pour la première fois à l'hôpital de Louvain, par M. Vanaerschot, docteur à Esschen.

Le 30, vésicatoire; mêmes lotions jusqu'au 5 juillet. Application de cataplasmes jusqu'au 10; guérison et sortie de l'hôpital.

4e Observation. — Le nommé Vanderheyden, Pierre, soldat au 7e régiment de ligne, entra comme vénérien à l'hôpital le 23 juin. Le prépuce était couronné de chancres, et il avait un bubon de la grosseur d'un œuf de poule à l'aîne droite. La tumeur était indolente.

Les 23, 27 et 30, vésicatoires. Disparition de la tumeur le 5 juillet. Le malade est soumis à un traitement mercuriel.

5e Observation. — Le nommé Vandevelde, soldat au 7e régiment de ligne, fut admis à l'hôpital le 1er juin, pour un bubon. La tumeur était douloureuse, sans chaleur et sans réaction fébrile. Le 2, vésicatoire; le 3, lotions avec sublimé corrosif VI grains, eau distillée, deux livres; le 7, vésicatoire; le 8, mêmes lotions jusqu'au 13; le 13, vésicatoire. Cataplasmes émolliens jusqu'au 20.

6e Observation.— Le nommé Borremans, Jean, soldat au 7e régiment de ligne, atteint depuis huit jours d'un bubon indolent, de la grosseur d'un œuf de poule, entra sous traitement le 3 juillet 1835; les 4, 7 et 11, vésicatoires; le 15, cataplasmes émolliens jusqu'au 19; guérison.

7e Observation.—Le nommé Verpoorte, Jean, soldat au 7e régiment de ligne, atteint depuis quatre jours, à l'aîne gauche, d'un bubon douloureux, de la grosseur du poing, fut mis en traitement le 2 juillet; les 3, 5 et 7, vésicatoires; le 15, vésicatoire qui suppura jusqu'au 23; les 23 et 27 vésicatoires; le 30, cataplasmes jusqu'au 10 août. Guérison.

8e Observation.— Le nommé Janssens, soldat au 5e régiment de ligne, atteint depuis quatorze jours d'un bubon à l'aîne droite, avec chancres sur le prépuce, fut soumis au traitement le 1er juillet; les 2, 4, 9, 15, 22, 26, 31, vésicatoires; le 2 août, cataplasmes jusqu'au 10. Guérison.

9e Observation.— Le nommé Gebels, lancier au 1er régiment, atteint depuis huit jours de deux bubons à l'aîne, sans chancres, entra à l'hôpital le 26 juillet; les 27 et 30, vésicatoire de chaque côté; les 2, 4, 7, 9, 14, 15, 19, 23, 26, 28, 30, vésicatoires; le 1er août, on appliqua des cataplasmes émolliens.

10e Observation.—Le nommé Selvaes, sapeur au 5e régiment de ligne, malade depuis 8 jours, entra sous traitement pour un bubon à l'aîne gauche, le 12 août. Les 13, 14, 17, 22, vésicatoires; le 25, cataplasmes jusqu'au 1er septembre; guérison

11e Observation. — Le nommé Vossem, soldat au 5e régiment de ligne, malade depuis 12 jours, entra sous traitement pour un bubon, le 6 août.

Les 7, 9, 13, 18, 23, 27, vésicatoires; le 1er septembre, cataplasmes. Il est en voie de guérison.

12e Observation. —Le nommé Crombech, soldat au 5e régiment de ligne, atteint de chancres sur le prépuce et d'un bubon à l'aîne gauche, entra sous traitement le 23 août.

Les 24, 26, vésicatoires; le 30 disparition de la tumeur; on continue le traitement mercuriel.

13e Observation.—Le nommé Vandervenet, sapeur au 5e régiment de ligne, atteint depuis 12 jours d'un bubon à l'aîne gauche, entra sous traitement le 6 août.

Les 7, 10, vésicatoires; le 20 guérison.

14e Observation. —Le nommé Vandenbroek, soldat au 9e régiment de ligne, atteint de chancres et d'un bubon, entra le 10 août sous traitement.

Les 11, 13, vésicatoire; le 24 disparition de la tumeur. Continuation du traitement mercuriel.

15e Observation. — Le nommé Vanderveken, Corneille, soldat au 5e régiment de ligne, entra à l'hôpital de Gand le 11 juin, pour deux bubons sans chancres. Les deux tumeurs étaient douloureuses à la pression, la peau rouge mais sans réaction fébrile.

Le 12, vésicatoire à chaque aîne.

Le 13, gonflement plus considérable, douleurs vives, grande sensibilité.

Les 15, 17, 25, vésicatoires. La plaie fut touchée de jour en jour avec le nitrate acide de mercure jusqu'au 30 juin; le 3 juillet, vésicatoires.

On continua ce traitement jusqu'au 13, de sorte qu'on a appliqué huit vésicatoires de chaque côté. A cette époque l'engorgement glandulaire n'était plus apparent; mais en palpant les aînes on sentait de part et d'autre une tumeur dure, indolente, comme squirrheuse, qui paraissait s'étendre assez profondément.

Après avoir ramolli la peau endurcie par l'application successive des vésicatoires, je fis appliquer deux briques chauffées sur les glandes. Le changement fut brusque; au bout de huit jours on n'observa plus de traces de maladie.

16e Observation. — Le nommé Martin, Joseph, soldat au 7e régiment de ligne, atteint d'un bubon à l'aîne gauche et d'une gonorrhée, entra sous traitement le 23 juin.

La tumeur était douloureuse à la pression, sans chaleur ni réaction fébrile.

Le 25, vésicatoire, une once de baume de copahu en six doses.

Le 26, une once de baume de copahu. Lotions sur la plaie avec six grains de sublimé, dans deux livres d'eau; le 29 juin et le 2 juillet, vésicatoires. Le malade a pris cinq onces de copahu.

Le 4 juillet, l'engorgement glandulaire ne fut plus sensible, mais on remarqua un noyau glandulaire indolent, comme squirrheux. Après avoir ramolli la peau au moyen des cataplasmes émolliens, je fis employer les briques chauffées.

Le malade est sorti guéri le 5 août.

Observations *sur les maladies des yeux, recueillies au dispensaire ophthalmique* (rue de l'Etuve, n° 1441), à Bruxelles, depuis le mois de janvier jusqu'au mois de juillet 1835; par le docteur Canstatt.

L'existence du dispensaire ophthalmique date à présent de six mois. Bien que la statistique de cette institution naissante n'offre pas encore de pompeux chiffres de malades à étaler, nous avons cependant pris consciencieusement note de tous les cas intéressans qui se sont présentés à notre bureau. Ce premier résultat nous semble présager sa prospérité pour l'avenir, et nous osons espérer qu'un jour notre dispensaire pourra devenir une source féconde d'instruction pour l'étude spéciale des maladies des yeux. Heureux, si nous pouvons atteindre ce but, le seul que nous nous sommes proposé en le créant!

Les différentes formes d'affections des yeux, que nous avons eu occasion d'observer pendant le sémestre écoulé, ont été :

Ophthalmia catarrhalis.
» rhumatica.
» scrophulosa.
» senilis.
» arthritica.
» ægyptiaca.
Iritis syphilitica.
Choroïdeïtis.
Descemetitis.
Uveïtis.
Cataracta.
Macula corneæ et leucoma.
Prolapsus iridis.
Pannus.
Trichiasis.
Staphyloma corneæ pellucidum.

Staphyloma cum synechia.
Entropium et extropium.
Amblyopia.
Amaurosis.
Fistula lacrymalis.
Hydatis glandulæ lacrymalis.

Nous proposant de donner à la fin de l'année un résumé général de tous les cas observés à notre bureau pendant l'année 1835, nous nous bornons, quant à présent, à appeler l'attention sur quelques observations particulières qui méritent d'être relatées.

1. *Descémetitis.* — Nous avons eu occasion d'observer quatre cas bien dessinés d'une affection réputée très-rare par les auteurs, nous voulons parler de *l'inflammation de la membrane de Descémet* (*membrana humoris aquei*); peut-être cette fréquence n'a-t-elle été qu'accidentelle; peut-être aussi cette affection ne semble-t-elle être rare que parce que souvent on la confond avec quelque autre forme d'ophthalmie, et surtout avec l'iritis, qui a beaucoup de symptômes en commun avec elle. Deux fois nous l'avons observée sur des compositeurs d'imprimerie, et une fois sur une jeune fille de la campagne, âgée de 20 ans, qui subvenait péniblement aux besoins de sa famille par l'ouvrage de ses mains, en travaillant la nuit à la lueur fatale d'un quinquet. Ayant perdu sa mère et son frère aîné en moins de huit jours, et laissée ainsi seule avec quelques petits enfans, dont elle était le seul soutien, elle ne manquait pas de causes de tristesse qui ne laissaient pas tarir la source de ses larmes. Douée d'un tempérament sanguin, elle n'avait pas encore été réglée. Ces causes suffirent pour provoquer la maladie dont je vais donner une esquisse. Au mois de mai l'œil droit commençait à souffrir : je reconnus alors l'inflammation de la membrane de Descemet. L'œil gauche ne participait pas encore de l'action morbide. Je proposai des évacuations sanguines, l'usage du calomel (un grain de deux en deux heures donné à l'intérieur), et des frictions avec l'onguent mercuriel et l'extrait de belladone, faites à la région orbitaire.

Je ne revis ma malade que le 1er juillet après huit semaines d'intervalle. En dépit de mon conseil de renoncer pour long-temps à tout ouvrage de mains, elle avouait avoir obéi à la nécessité de sa triste situation, et voici l'état dans lequel je retrouvai ses yeux : tous les signes de *descémetite* avaient disparu de l'œil droit; il ne lui en était resté, comme résidu, qu'une irrégularité de la pupille, qui avait la forme d'un trapèze, produite par une exsudation à son bord. La vue de cet œil était trouble. Mais aussi l'œil gauche était devenu, à force de fatigues et d'efforts, le siége d'une inflammation du même genre. Toute la surface concave et interne de la cornée était *parsemée de petits grains blancs et jaunes, semblables à des grains de sable :* je pouvais en distinguer au moins une vingtaine. Une quantité assez considérable de pus d'une couleur brunâtre s'était accumulée dans le fond de la chambre antérieure, à la hauteur de deux lignes. Sa fluctuation suivait les mouvemens de l'œil (*hypopyon*). La couleur de l'iris était terne et sale, sa partie interne occupée d'un abcès, à la pointe duquel on pouvait distinguer une petite ouverture, par laquelle le pus s'était probablement évacué dans la chambre antérieure; l'iris n'était décolorée qu'à sa partie correspondante à l'abcès; sa partie externe avait conservé sa teinte naturelle. La pupille de cet œil était fort irrégulière; au lieu d'être ronde, elle avait pris la forme d'un cœur; une zône vasculaire entourait la circonférence de la cornée; l'arrangement des vaisseaux de cette zône était particulier. Immédiatement autour de la cornée et superficiellement, probablement dans la sclérotique, on distinguait un cercle de vaisseaux droits, qui tous se terminaient en fine pointe, mais sans toucher le bord de la cornée, dont ils restaient séparés par un cercle blanc, large d'une demi-ligne; au-dessous de ce dernier cercle, et plus profondément, on remarquait une rougeur de couleur rosée et très-délicate, qui occupait évidemment un tissu situé au-dessous de la sclérotique, selon mon opinion, le corps ciliaire. La région sous-orbitaire était surtout le siége de douleurs intenses et gravatives. La faculté de voir de cet œil était entièrement abolie.

J'ordonnai l'application de six sangsues derrière l'oreille du côté affecté, renouvelée de trois en trois jours; l'usage de deux grains de calomel par jour à l'intérieur, et des frictions sur toute la partie orbitaire de ce côté, faites avec un onguent composé de parties égales d'onguent mercuriel double et d'extrait de belladone.

13 *juillet.* L'injection des vaisseaux a entièrement disparu ; la cornée qui a été sablonnée au point qu'on n'aurait guère pu présumer qu'elle reviendrait sitôt à son état naturel, est presque parfaitement éclaircie. Plus de ces points jaunes, que les auteurs prennent pour de véritables abcès. Ce ne sont, à mon avis, que des épanchemens lymphatiques, qui, à l'instar des tubercules, prennent une forme spécifique par l'influence du tissu particulier qu'ils occupent. S'il n'en était pas ainsi, comment se pourrait-il, je le demande, que la résorption les eût fait disparaître aussi rapidement, et au point de ne pas en laisser même quelques traces? La cornée est encore un peu mate. La pupille reste trouble; son bord interne est le siége d'une exsudation considérable de filamens albumineux. Le pus de la chambre antérieure a été entièrement résorbé; mais la caverne de l'abcès de l'iris est encore très-visible. Une légère réaction mercurielle se fait sentir.

Les indications qui restent à remplir sont d'aider la résorption ultérieure des productions morbides par la stimulation des excrétions, d'obtenir une dilatation plus complète de la pupille par l'application topique de la belladone, de prévenir toute rechute par un régime convenable et par une révulsion dans le voisinage de l'organe affecté, et de régler la fonction tardive du système utérin. J'ordonne à cet effet l'usage des *pilulæ resolventes* de Richter, des frictions avec l'onguent de tartre stibié derrière les oreilles, l'usage d'un collyre de belladone et des bains de pieds sinapisés.

27 *juillet.* L'iris a recouvré sa teinte normale dans toute son étendue. La cornée ne laisse plus apercevoir la plus légère trace d'altération. Le tubercule de l'iris a de même disparu. *Mais les pupilles des deux yeux restent difformes.* L'écoulement menstruel s'est montré une fois. La vue est rétablie au point que la malade sait très-bien distinguer tous les objets qui ne sont pas par trop petits. Elle voit mieux de l'œil gauche, affecté en dernier lieu, que de l'œil droit.

Un quatrième cas qui s'est présenté, est celui d'une paysanne, âgée de 30 ans, chez laquelle l'inflammation de la membrane de Descémet prend plutôt une forme chronique. Son affection date de trois ans. La cause semble être rhumatismale. L'œil droit est le plus souffrant. L'iris est décolorée, la pupille irrégulière, dentée par des filamens de lymphe coagulé e surtout à la partie supérieure de son bord. La face interne et concave de la cornée (*membrana humoris aquei*) comme *saupoudrée de grains de sable.* Mais ce qui est le plus remarquable, c'est l'affection sympathique du corps ciliaire, très-évidente dans ce cas. On distingue avec facilité, au travers de la sclérotique, une rougeur rosée profondément située. Ce qui ne laisse pas douter de son siége dans le corps ciliaire, ce sont deux tubercules variqueux et bleuâtres des vaisseaux ciliaires, qui soulèvent la sclérotique et sont visibles au-dessous du bord de la cornée. La conjonctive est presque sans injection. La vue de cet œil est tout à-fait nulle.

Cette malade se trouve encore en traitement, et nous ne doutons pas que, nonobstant la longue durée de son affection, on pourra lui rendre la vue en partie. Le traitement est semblable à celui suivi pour le cas précédent.

En parlant de l'inflammation de la membrane de Descémet, je ne peux pas passer sous silence quelques observations à l'égard d'une affection qui se rallie intimement à la précédente' et que je crois devoir distinguer par le nom d'*uvéitis.* Cette affection n'est que la descémetite partielle de la chambre postérieure, ou l'inflammation isolée du feuillet séreux, qui tapisse la face postérieure de l'iris (*uvea*) et la capsule du crystallin. Nous l'avons observée à son état chronique particulièrement une fois au dispensaire : il y avait dans ce cas tension considérable de l'iris des deux yeux, *sans que celle-ci eût perdu ni sa teinte, ni sa texture naturelle;* difformité de la pupille, qui était très-rétrécie, presque fermée, et dont le bord était engréné. Un anneau blanchâtre de lymphe coagulée, concentrique du bord de la pupille, formait adhérence entre cette dernière et la capsule du crystallin. La présence des douleurs et de la zône vasculaire autour de la cornée indiquaient que l'action inflammatoire n'avait pas encore cessé. Nous parvînmes, par le traitement que nous avons l'habitude d'employer pour l'iritis (évacuations sanguines, mercure à l'intérieur et application topique de belladone), à faire disparaître les symptômes de la phlogose. Mais la difformité de la pupille et l'anneau de lymphe au-dedans d'elle restèrent immobiles.

Deux autres individus ne nous ont présenté que les résidus de l'*uvéitis*. Nous pouvions constater chez eux le même épanchement en *forme d'anneau concentrique* en dedans du bord de la pupille. Ce phénomène, réuni à la tension de l'iris, et le défaut d'autre altération de sa teinte et de sa texture, me semble être pathognomonique pour cette affection; l'iritis proprement dite, au contraire, laisse toujours après elle quelques traces visibles d'altération de son tissu, et l'épanchement lymphatique produit par elle montre d'autres apparences. Dans ces deux derniers cas une autre altération m'a frappé, et j'en ai en vain cherché l'explication dans les manuels d'ophthalmologie. Dans l'un et l'autre cas la cornée transparente était profondément sillonnée par plusieurs stries d'un blanc opalin, qui ressemblaient, jusqu'à faire illusion, à des cicatrices telles qu'on les voit après des plaies de cette membrane ou après l'opération de la cataracte par extraction. Ces stries traversaient toute la largeur et la longueur de la cornée en sens divers, presque en forme d'étoile. Ce ne pouvait pas être des épanchemens leucomateux entre les lames de la cornée, car jamais ils ne prennent cette forme, et aucune affection de la cornée n'avait précédé; ce n'était pas non plus des cicatrices provenant d'ulcères; la forme en était par trop bizarre et extraordinaire. Je ne pouvais comparer ces stries qu'à ce cercle blanchâtre, qui, chez les personnes avancées en âge, envahit insensiblement la circonférence de la cornée, et qu'on appelle *gérontoxon*. Ces signes proviennent, je pense, de ce que le tissu de la cornée se ratatine en quelque sorte par défaut de nutrition, et qu'elles sont peut-être le signe de l'*atrophie* commençante du globe de l'œil. Car aussi sur les yeux atrophiques la cornée présente parfois un aspect analogue.

2. *L'iritis* a été une forme fréquemment observée à notre dispensaire. Le plus souvent la cause était vénérienne. Mais dans aucun cas je n'ai pu observer les *condylômes* de l'iris, dont *Beer* et d'autres auteurs après lui font mention. Dans deux cas d'iritis syphilitique j'aurais pu facilement être enduit en erreur par des *abcès* qui occupaient le tissu de l'iris, et qui, par leur couleur jaune-brunâtre, en imposaient pour des excroissances condylomateuses: ils étaient à peu près de la grosseur d'une petite lentille. Bientôt ils s'ouvraient dans la chambre antérieure, en formant un *hypopyon;* leur surface devenait irrégulière. Il me paraît très-probable que les condylômes de l'iris, cités par les auteurs, ne diffèrent pas de cet abcès dont je viens de parler. Les lambeaux restés après leur rupture se contractèrent bientôt, et, l'iritis terminée, il n'en resta pas d'autre trace qu'une tache dans le tissu de l'iris.

3. Il s'est aussi présenté un cas très-remarquable de l'affection rare, appelée par les auteurs *staphyloma corneæ pellucidum*. Le nommé *François Cortemans*, âgé de 25 ans, fait remonter son affection à deux ans, époque à laquelle il dit avoir été pour la première fois atteint d'une inflammation de l'œil gauche, qui semble avoir eu son siége dans le corps ciliaire. Depuis lors sa vue est restée affaiblie. Il nous présente l'état suivant : la circonférence de la sclérotique, dans sa partie correspondante au corps ciliaire, laisse apercevoir la choroïde sous-jacente et foncée, à la largeur de quatre lignes. L'iris de l'œil malade est décolorée; elle a pris une teinte verte, sans avoir changé sa texture et sans que la pupille en soit devenue d'une forme irrégulière. La capacité de la chambre antérieure est augmentée au moins d'un tiers de son volume ordinaire (*hydrops cameræ anterioris*); la cornée est bombée en avant *en forme conique;* elle est cependant parfaitement transparente, excepté son point le plus proéminent, qui est opaque; l'opacité est plus épaisse au centre et se perd peu à peu à la circonférence. La vue de cet œil est très-imparfaite et trouble.

4. Une des affections que nous avons observée le plus fréquemment, est *l'ophthalmie sénile*. Elle est le plus souvent liée à une espèce de dyscrasie, véritable dyscrasie de la vieillesse, dont l'illustre *Autenrieth* nous a donné le premier une description exacte sous le nom d'*urodialysis*. La prédominance des élémens alcalins et salins dans les parties solides et liquides des vieillards, caractère essentiel de cet état, peut dépendre ou d'une disproportion des élémens dont le sang est composé, de sorte qu'il abonde de parties âcres, terreuses, salines,

destinées à l'élimination et impropres à servir aux fonctions vitales, ou d'un état de paralysie et d'atrophie, dans lequel se trouvent les reins, et qui parfois est produit par l'ossification de leurs artères. De là, congestion d'un sang abondant de parties excrémentitielles vers des organes qui, en se chargeant d'une excrétion supplémentaire, deviennent altérés dans leurs fonctions et dans leur structure. La peau externe et son annexe, la conjonctive de l'œil, deviennent, dans ces circonstances, les principaux foyers de cette excrétion supplémentaire. Le système cutané devient le siége d'une démangeaison insupportable, accompagnée d'une éruption papuleuse, connue sous le nom de *prurigo senilis*. Aux jambes se forment des ulcères chroniques, à bords très-rouges, qui sécrètent une matière âcre et corrosive. La conjonctive des paupières devient en même temps rouge, molle, sarcomateuse et granulée; la peau voisine, même jusqu'au-delà de deux lignes du bord des paupières, paraît se transformer en un tissu muqueux d'un rouge pourpre; l'une et l'autre servent à la sécrétion d'un mucus épais et jaunâtre, qui colle ensemble les bords des paupières. Toute la rangée des cils et les commissures des paupières étant détruites par son action corrosive, l'ophthalmie se complique d'un *ectropium*. Il n'est pas rare que le malade souffre en même temps d'une affection *asthmatique*, provenant des ossifications coexistantes du cœur et des gros vaisseaux. Nous avons cru remarquer que cette espèce d'ophthalmie résiste à toute médication topique, à moins qu'elle ne soit combinée avec l'usage intérieur de remèdes propres à transporter l'excrétion des élémens âcres, surabondans dans les humeurs, sur les organes les moins sensibles à leur contact, et surtout sur les reins. Les remèdes diurétiques et les révulsifs permanens ont été, dans ces cas, ma *sacra anchora*; et si je n'ai pas eu la satisfaction de faire disparaître tout-à-fait l'aspect maladif des yeux, exposés pour la plupart, depuis des années, à des influences nuisibles, j'ai pourtant réussi à rendre le mal souvent très-supportable par l'administration de tisanes diurétiques, d'une infusion de digitale combinée avec la scille, du soufre doré d'antimoine, en même temps qu'un collyre de sulfate de zinc, ou l'onguent avec le deutoxide de mercure tendait à tarir la sécrétion conjonctivale. J'ai encore observé que ces yeux supportent des astringens topiques d'une dose bien plus élevée que tous les autres. Un des premiers soins doit être d'établir une révulsion permanente par un cautère au bras.

Je ne puis passer sous silence un cas d'*ophthalmie sénile* d'une nature particulière, qui a été observé sur le nommé *Durogier*. Outre l'affection de la conjonctive, non-seulement la lamelle superficielle de la cornée était ramollie, mais le tissu profond et propre de cette membrane était encore parsemé d'exsudations irrégulières et jaunâtres, qui ne présentaient ni la forme d'ulcères, ni celle d'abcès, ni celle d'un onyx. La membrane de Descémet et l'iris étaient sympathiquement affectées. Je n'ai vu ce malade qu'une seule fois.

L'*ophthalmie sénile* ne se rencontre pas toujours sous la forme de simple conjonctivite avec sécrétion perverse. Quelquefois elle est compliquée, et la complication la plus commune et la mieux connue est celle qui a lieu avec le *marasme de la cornée* (telle est, je crois, la nature du *gérontoxon* ou *arcus senilis*), et avec le *marasme du crystallin* (*cataracta senilis*). L'une et l'autre de ces formes dépendent du défaut de nutrition dû à l'obstruction des vaisseaux de ces parties.

Chez un individu, dont je ne me rappelle pas le nom, l'ophthalmie sénile fut compliquée d'un arc sénil très-large; mais en outre la pupille était difforme, la couleur de l'iris terne et la vue affaiblie, sans que ces phénomènes, survenus sans douleur, eussent pu être attribués à une inflammation ou à quelque influence dyscrasique autre que celle dépendante de la vieillesse. C'était, en effet, à en juger par l'*apparence extérieure*, l'habitus complet d'une véritable iritis. Cependant, en prenant cette affection pour telle, combien de mal aurait-on pu faire par le traitement antiphlogistique! Je rappelle ici ce que j'ai dit ailleurs (*Abeille*, février) sur la valeur sémiotique des différentes teintes morbides de l'iris. Toute altération de la sécrétion du pigment à la surface postérieure de cette membrane doit nécessairement produire des modifications dans sa teinte. Nous voyons l'iris se ternir et se décolorer dans la période de convalescence d'une fièvre typhoïde, ou après des pertes considérables d'humeurs et de forces. L'erreur des médecins anglais de vouloir traiter cette affection épisodique à l'instar d'une véritable iritis, a été, il me semble, payée très-cher par leurs malades; l'amaurose qu'ils ont vue

succéder à cette *pseudo-iritis*, et qu'ils ont regardée comme la seconde période et la conséquence constante de ce mal, particulier à quelques convalescens du typhus, n'est à mes yeux que l'effet secondaire de leur traitement énergique Le cas que je viens de citer de ma pratique me paraît présenter quelque analogie avec les observations des ophthalmologues anglais. Considérant, dans ce cas, l'altération de l'iris et l'amblyopie comme pouvant provenir des mêmes causes que celles qui déterminent l'opacité de la cornée, savoir, une nutrition trop imparfaite et le ramollissement de l'iris; de plus, le défaut de sécrétion du pigment noir me rendant suffisamment compte de l'un et de l'autre symptôme, je me bornai à ordonner un régime tonique, nourrissant, et l'usage d'un collyre alcoolisé avec la pierre divine. Le malade se trouva beaucoup mieux, et l'état de l'iris resta stationnaire.

4. Parmi les cas d'*ophthalmie scrophuleuse*, affection des yeux plus fréquente que toute autre, qui se sont présentés à notre bureau, celui d'un enfant âgé de vingt mois mérite d'être mentionné : il nous arrive les paupières spasmodiquement fermées; aussitôt que nous voulons faire l'essai de les entr'ouvrir, la paupière supérieure se renverse; nous voyons la conjonctive palpébrale fortement boursoufflée, et à chaque effort pour ouvrir la fente de l'œil, il s'en écoule en nappe une énorme quantité de matière. L'affection a toute l'apparence d'une *ophthalmo-blennorrhée*, et comme il nous est impossible de constater s'il n'existe pas déjà des altérations considérables des yeux, nous croyons devoir porter un pronostic assez douteux. Jugeant que l'affection blennorrhoïque est déjà passée de sa période active à l'état asthénique, nous ordonnons des instillations de laudanum, un collyre d'une solution d'un grain de sublimé sur huit onces d'eau, et à l'intérieur une poudre composée de 4 gr. de calomel et de 8 gr. de résine de jalap. Les instillations astringentes sont continuées pendant deux jours. Grande est notre surprise de voir, le troisième jour, l'enfant avec les yeux largement ouverts sans la moindre rougeur, sans aucune autre altération de la cornée et de la conjonctive, qu'un léger boursouflement de la surface interne des paupières. Nous nous étions évidemment trompés. Nous n'avions eu affaire qu'à une simple *ophthalmie scrophuleuse*, accompagnée de photophobie fort intense. Ce que nous avions pris pour sécrétion blennorrhoïque, c'était purement une énorme quantité de larmes, retenues par le serrement violent des paupières et mêlées d'un peu de mucosité. Encore une preuve que la photophobie peut devenir un des phénomènes les plus alarmans de l'ophthalmie, tout en étant peu dangereuse par elle-même.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Le grand nombre d'ouvrages périodiques, consacrés à la médecine, qui se publient en France, l'intérêt successif qu'offrent aux méditations des hommes de l'art les travaux divers qui y sont consignés chaque mois, attestent les progrès continuels que font les sciences médicales, cultivées avec tant de succès chez nos voisins. Une revue sommaire des faits et des doctrines qu'ils nous font connaître ne sera point déplacée dans ce recueil; nous la puiserons dans l'*Encyclographie des sciences médicales*, vaste répertoire de la littérature médicale française et étrangère. Cette revue aura l'avantage de donner à nos lecteurs une idée du mouvement de la science, et de signaler à leur attention les travaux qui nous auront paru devoir le plus mériter l'attention. Nous commençons par les journaux du mois d'octobre, publiés avec le 39 e volume de l'*Encyclographie*.

A. Le *Journal des Connaissances médicales* et le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* contiennent 1° un mémoire intéressant sur la présence de l'air atmosphérique dans l'oreille moyenne, par le docteur Deleau jeune; 2° la description de l'appareil orthopédique à inclinaison de M. Hossard; 3° la fin d'un fort beau mémoire de M. Bérard jeune, sur les

engorgemens du testicule; 4° des observations sur l'empoisonnement par l'arsenic, guéri par le tritoxide de fer hydraté, observations qui, avec le fait publié par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (n° de septembre) sont les premières de ce genre que la science possède, les expériences n'ayant été faites jusqu'ici que sur des chiens.

B. Le *Bulletin clinique*, nouveau journal publié par MM. Piorry, Lhéritier, Rameaux, Thibert, etc., donne entre autres la clinique de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piorry, où l'on voit figurer les résultats de la pratique de ce médecin et la relation des cas les plus intéressans qu'il a observés.

C. La *Bibliothèque homœopathique* poursuit l'exposition des faits qui semblent démontrer l'excellence de la doctrine de Hahnemann. On y remarque en tête une allocution prononcée par ce dernier dans une espèce de congrès homœopathique, tenu à Paris le 15 septembre 1835, et dans laquelle l'illustre maître déclare qu'il ne reconnaît pour disciples que ceux qui pratiquent l'homœopathie pure, et dont la médication est absolument exempte de tout mélange avec les moyens employés jusqu'ici par l'ancienne médecine.

Nous conseillons à l'éditeur de l'*Encyclographie* de remplacer ce journal par les *Archives homœopathiques*, publiées à Paris, sous la direction de M. le Docteur Jourdan. Les lecteurs pourront, à l'aide de ce nouveau recueil, écrit dans un esprit plus philosophique, se faire une plus exacte idée des progrès de l'homœopathie dans les divers pays où elle a fait des prosélytes.

D. Les *Archives générales de médecine* contiennent, 1° la première partie d'un travail remarquable sur la péricardite, par M. Hache, interne des hôpitaux, mémoire qui mérite de fixer l'attention des médecins praticiens; 2° un mémoire de M. Devergie aîné, dans lequel l'auteur cherche à prouver les avantages de la méthode antiphlogistique, dans le traitement de la syphilis, question qui est loin d'être résolue, et qui a acquis une nouvelle importance depuis que le congrès médical de Nantes a appelé sur elle l'attention des hommes de l'art; 3° la traduction d'un mémoire très-intéressant de M. Nægele, sur la distocie déterminée par l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus; et la fin d'un travail plus intéressant encore sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par Francis Hopkins Ramagde, où sont consignés plusieurs faits suivis de guérison.

E. La *Revue médicale* nous offre d'abord une observation d'un grand intérêt pour la science, celle d'un cas d'anévrisme partiel du cœur, par M. Prus, et plus loin un mémoire de M. le docteur Gély, sur la nature et le traitement des affections vénériennes, mémoire dont les principes sont en opposition avec les idées émises dans le travail de M. Devergie, dont nous avons parlé plus haut.

F. Le *Journal de la Société phrénologique de Paris* nous offre un discours de M. le professeur Broussais, sur la fausse philosophie et l'abus des abstractions, discours profond, où l'on reconnaît bien le style du savant auteur de l'Examen des doctrines médicales. On lira avec intérêt le compte-rendu des travaux de la Société phrénologique pendant l'année 1835-1836, par M. Casimir Broussais.

G. Le *Journal hebdomadaire de médecine* est consacré en grande partie aux comptes-rendus de la clinique de M. le professeur Bouillaud à l'Hôpital de la Charité, et de celle du Val-de-Grâce. On y lit avec intérêt un premier article de M. Bouillaud lui-même sur la clinique des maladies du cœur, dans lequel ce médecin développe les idées qu'il professe sur ces maladies dans l'ouvrage qu'il a récemment publié.

H. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* -- Ce que nous remarquons de plus intéressant ici, ce sont, 1° un article extrait de la clinique de M. Paul Dubois, sur les tumeurs variqueuses de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement; 2° l'histoire de l'accouchement à terme d'un enfant, ayant deux têtes, quatre bras, deux poitrines, un seul abdomen et trois extrémités inférieures. M. Alph. Devergie continue ses lettres sur la médecine légale.

I. *Gazette médicale.* — Parmi les nombreux mémoires qu'elle renferme, nous remarquons 1° le rapport que M. Double a fait à l'Académie des sciences sur les recherches statistiques de M. Civiale sur l'affection calculeuse; 2° des observations de chirurgie pratique, recueillies à la clinique du professeur Chélius, de Heidelberg; 3° un fait de transposition des organes

thoraciques et abdominaux, par M. Bally; 4° une lettre de M. Ruef sur la nature et le traitement de la syphilis.

J. La *Lancette française, Gazette des hôpitaux,* qui nous fait assister aux cliniques de la capitale et aux leçons des professeurs, donne entre autres, 1° une leçon de M. Velpeau sur la syphilis et son traitement; 2° les leçons intéressantes de M. Roguetta sur l'ophthalmologie; 3° un cas de phlébite consécutive d'une saignée au bras droit, guérie par l'administration du tartre stibié; 4° une leçon de M. Geoffroy-St-Hilaire sur l'albinisme et le mélanisme.

K. Dans les *Annales d'hygiène publique de médecine légale,* nous avons à signaler à l'attention de nos lecteurs un travail de M. Casper, de Berlin, intitulé *de l'Influence du mariage sur la durée de la vie humaine,* et un article de M. Taufflieb, extrêmement important pour la médecine légale, sur la strangulation des nouveau-nés par le cordon ombilical.

L. Le *Bulletin de thérapeutique,* qui représente si bien l'état de la science quant à la thérapeutique médicale et chirurgiale, contient 1° un article de M. Sandras sur l'expérience en médecine, qu'on lira avec plaisir; 2° un article qui n'est point signé, sur les fractures terminées par fausse articulation, dans lequel l'auteur indique les moyens chirurgicaux qu'on peut opposer avec succès à cette maladie; 3° un article de M. Forget sur le *delirium tremens,* qui résume l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie.

M. Le *Journal de chimie médicale* et le *Journal de pharmacie* n'offrant un véritable intérêt que pour les pharmaciens, nous laisserons à ces derniers le soin de faire la revue des différens travaux que ces deux recueils renferment.

* * *

PRIX D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Les rédacteurs des *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale,* désirant contribuer de tout leur pouvoir à l'avancement des sciences auxquelles est consacré leur recueil, proposent deux prix de trois cents francs chacun, l'un sur l'hygiène publique, l'autre sur la médecine légale. Les sujets sont au choix des concurrens. Les mémoires, écrits en latin, en français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol, devront être remis, avant le 1er novembre 1836, à la libraire de J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis, à Paris. Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

Seront chargés de l'examen des mémoires, pour l'hygiène publique, MM. Andral, d'Arcet, Esquirol, Gaultier de Claubry, Keraudren, Parent-Duchâtelet et Villermé; pour la médecine légale, MM. Adelon, Barruel, Chevalier, Devergie, Leuret, Marc et Orfila.

PRIX PROPOSÉ PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

La Société royale de médecine de Bordeaux met au concours la question suivante:

Déterminer, d'après l'examen et le rapprochement des faits empruntés à l'anatomie comparée, aux expériences physiologiques, et surtout à l'anatomie pathologique de l'homme, ce qu'il y a de positif dans la localisation des fonctions cérébrales.

Le prix consistera en une médaille d'or de 300 fr. qui sera décernée en 1837. Les mémoires, écrits en latin ou en français, doivent être remis, franc de port, chez M. Burguet, secrétaire-général de la Société, rue Fondangege, n° 41, à Bordeaux, avant le 15 juin 1837.

Erratum du numéro précédent. — Il s'est glissé dans la liste des membres de la première session du Congrès médical de Belgique, publiée dans le numéro d'octobre du *Bulletin médical,* quelques erreurs qui ont échappé à la rédaction et que nous nous empressons de rectifier.

Page 269, première colonne, au lieu de Roly, D.-M. à Tournay, il faut lire : Roty, D.-M. à Tournay.

Ibid., 2e colonne, au lieu de d'Avrine, D.-M. à Malines, il faut lire : d'Avoine, D.-M. à Malines.

C'est également par erreur, et sur les renseignemens inexacts d'un correspondant, étranger à l'art de guérir, que nous avons porté M. le docteur *Cornélius* avec qualité de médecin en chef de l'hôpital civil de Malines. En consultant la liste de présence aux séances du Congrès médical, nous nous sommes aperçus, mais trop tard, que M. Cornélius n'avait fait suivre sa signature que de son titre de Docteur en médecine. Nous avons appris depuis que le service médical de l'hôpital de Malines était confié à deux médecins, MM. Lamal et Cornélius, qui sont attachés à cet établissement sans distinction de grade.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

DELEAU JEUNE. Recherches physiologiques et pathologiques sur la présence de l'air atmosphérique dans l'oreille moyenne. 81

2e Lettre sur l'orthopédie. — Description de l'appareil à inclinaison ; son mode d'action. 85

Moyens de faire servir plusieurs fois les sangsues. 88

Revue des journaux. (a)

A*. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

BÉRARD JEUNE. Mémoire sur les engorgemens du testicule. (Suite et fin.) 129

BINEAU et MAJESTÉ. Empoisonnement par l'arsenic. — Guérison par le tritoxide de fer hydraté. 135

B. BULLETIN CLINIQUE.

Relevé général de la clinique médicale de M. PIORRY. 11

Hystérie intermittente guérie par le sulfate de quinine à haute dose. 14

Leçon de M. Velpeau à l'Hôpital de la Charité sur le trombus des grandes lèvres. 15

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

Allocution de SAMUEL HAHNEMANN, prononcée à l'ouverture de la session annuelle de la société homœopathique gallicane. 93

FERRUSSEL. Observations homœopathiques. *ib.*

Extraits du *Réal-Lexicon*. — Angine laryngée, *laryngitis*. 95

LÉON SIMON. Lettre à M. le Ministre de l'instruction publique, en réponse au jugement de l'Académie royale de médecine, sur la doctrine médicale homœopathique. 99

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

HACHER. Mémoire sur la péricardite. 277

DEVERGIE AINÉ. Notice sur la méthode simple, antiphlogistique, dans le traitement de la syphilis. 263

NÆGELE. De la dystocie déterminée par l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus. 269

F. HOPKINS RAMAGDE. Du traitement de la phthisie pulmonaire et du mode de guérison de cette maladie. (Suite.) 274

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

PRUS. Observation d'un cas d'anévrysme partiel du cœur, suivie de considérations sur les causes, le siége, le mode de formation, les symptômes et le traitement de cette maladie. 153

LABONARDIÈRE PÈRE et FILS. Observations sur quelques moyens de combattre la tendance au râle dans les catarrhes pulmonaires et dans les pneumonies. 156

GÉLY. Réflexions sur la nature et le traitement des affections vénériennes. 160

F. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

BROUSSAIS père. Discours sur la fausse philosophie et l'abus des abstractions. 111

BROUSSAIS (CASIMIR). Compte-rendu des travaux de la société Phrénologique pendant l'année 1834-1835. 118

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

Sur l'épidémie cholérique d'Alger. (Suite.) 261

PELLETAN (JULES). Compte-rendu de la clinique de M. le professeur Bouillaud, à l'Hôpital de la Charité, pendant les mois de juillet et août. 262

BOUILLAUD. Clinique des maladies du cœur. 268

BROUSSAIS (CASIMIR). Rapport trimestriel sur la clinique médicale de l'Hôpital du Val-de-Grâce. 273

DUFRESSE. Sur l'amputation de la jambe. — Nouveau membre artificiel. — Observation recueillie à la clinique de M. Velpeau. 278

» Plaie de la face palmaire de la main, résultant du décollement de la peau dans toute cette région. 280

» Plaie de la tête compliquée de fracture, avec enfoncement des os du crâne. Guérison sans accidens. 281

FARDEAU. Sur le danger d'enlever certaines tumeurs pédiculées, sans une ligature préalable. *ib.*

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

ARCHAMBAULT-REVERDY. Mémoire sur l'emploi du moxa, dans le traitement de l'hépatite chronique. 87

GUYOT (JULES). De l'influence de la chaleur atmosphérique sur la guérison des plaies et des ulcères. 88

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS. Considérations pratiques sur les tumeurs variqueuses qui surviennent à la vulve et au vagin dans le cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement. 89

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. Considérations pratiques sur les syphilides en général, et en particulier sur leur traitement. 90

CAZES. Accouchement d'un enfant à terme ayant deux têtes, quatre bras, deux poitrines, un seul abdomen et trois extrémités inférieurs. 93

DEVERGIE (ALPH.). 10e Lettre sur la médecine légale. (Questions relatives au viol.) 94

TOUCHARD. Considérations sur quelques cas de flueurs blanches chez les petites filles avant l'époque de la puberté. 97

I. GAZETTE MÉDICALE.

REYNAUD. Nouvelles observations sur le traitement des bubons vénériens par les vésicatoires. 469

DUGÈS. Lettre sur l'emploi du chlore dans le choléra. 471

MUNARET. Lettre sur l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes. 472

ADAMS. Mémoire sur la fracture incomplète du col du fémur. 473

MALGAIGNE. Lettre sur cette question, si le bras peut être raccourci dans quelques variétés des luxations scapulo-humérales. 474

CIVIALE. Recherches de statistique sur l'affection calculeuse. — Rapport fait à l'Académie des sciences par M. DOUBLE. 476

CHÉLIUS. Clinique chirurgicale de l'université de Heidelbergh. 481

I. Calculs urinaires dans le scrotum. *ib.*

II. Ligature des artères thyroïdiennes supérieures dans le goître lymphatique. 483

III. Sur le traitement des rétrécissemens de l'œsophage. 485

MUNARET. 2e Lettre chirurgicale à M. MAYOR (de Lausanne) sur les appareils hyponarthéciques. 488

MOREAU. Note sur la trachéotomie sous-cricoïdienne. 490

BALLY. Transposition des organes thoraciques et abdominaux. 493

CHOPIN. Lettre à M. Lisfranc sur l'emploi thérapeutique du chlorure de chaux dans les plaies accompagnées de vives douleurs. 493

ZACCARELLI. Observation d'une pneumonie dans laquelle le sang offrait le caractère laiteux. 496

AMBROSIONI. De l'existence du sucre dans les urines et le sang des diabétiques. 497

TARAMELLI. Hernie inguinale formée uniquement par l'appendice du cœcum. *ib.*

PALMIERI. Méthode efficace et économique pour la guérison de la teigne. 498

BARONI. Observations de ligature des artères sous-clavière, brachiale et fessière pour des plaies intéressant ces artères. *ib.*

DE RENZI. Statistique des opérations de taille, pratiquées à Naples par la méthode latérale et oblique en bas au

col de la vessie, durant le printemps de 1835. 499
De l'emploi du suc de concombre sauvage (*Momordica elaterium*) aspiré par les narines dans le traitement de la jaunisse. *ib.*
PORTAL (PLACIDO). Histoire d'une ancienne rupture du rectum, avec passage des excrémens dans le vagin, guérie par la suture. 499
RUEF. Lettre sur la nature et le traitement de la syphilis.
PAULY. Propositions sur quelques points de chirurgie. 501

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

HÔTEL-DIEU. Résumé de la clinique médicale de M. le professeur *Chomel*, pendant l'année scolaire 1834-1835. 313 et 319
FRICKE. De la guérison radicale du varicocèle. (Suite.) 314
HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*Clinique de M. Velpeau.*) Opinion sur la syphilis et son traitement. 315
HÔTEL-DIEU. (*Service de M. Sanson.*) Phlébite consécutive d'une saignée faite au bras droit; accidens généraux graves; administration du tartre stibié; guérison. 316
ÉCOLE PRATIQUE. (*Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.*) Des orbitocèles cancéreuses, ou pouvant devenir telles. 317, 322 et 329
HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Roux.*) Hydrocèle du cou, ou hydro-bronchocèle. 320
HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. (*Division des aliénées. — Service de M. Pariset.*) Mouvement de la population pendant le mois de septembre. 321
Maisons des orphelins et des enfans trouvés à Moscou et à Saint-Pétersbourg. 323
LÉON MARCHANT. Rapport général des travaux du conseil central de salubrité du département de la Gironde. 324
HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Roux.*) Exostose du fémur; vaine tentative d'ablation à l'aide d'un nouveau procédé; mort. 325
HÔPITAL DES ENFANS MALADES. (*Service de M. Guersent.*) Angine tonsillaire et gutturale très-intense, combattue avec succès par le sulfate acide d'alumine. 326
DUCROS jeune. Guérison d'un hoquet violent par le développement de l'éternuement, au moyen de la bétoine. 327
ROCHOUX. Note sur le développement du placenta. 328
Discordes homœopathiques. *ib.*
HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*M. Bouillaud, professeur.*) Observation d'un anévrisme du cœur, suivie de réflexions sur ce genre de maladie. 330
GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. Leçon sur l'albinisme et le mélanisme. 332
Sirop anti-dartreux suivant la formule du Dr Berthomé. 333
Pommade anti-dartreuse du même. *ib.*
CLINIQUE DE LA VILLE. (*Service de M. Civiale.*) Observations pratiques de lithotritie. *ib.*

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

CASPER. De l'influence du mariage sur la durée de la vie humaine. 165
TAUFFLIEB. De la strangulation des nouveau-nés par le cordon ombilical. 168
ORFILA, BARRUEL et CHEVALLIER. Taches de sang. — Rapport médico-légal sur l'assassinat d'un garde-champêtre. 171

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

SANDRAS. Qu'est-ce que l'expérience en médecine? 189
CARRON DU VILLARDS. Quelques mots sur un nouveau remède emménagogue. 191
De l'état actuel de la thérapeutique concernant les fractures terminées par fausse articulation. 192
SOUBEIRAN. Des eaux minérales purement artificielles. (*a*)
Formules de quelques gargarismes. (*a*)
FORGET. Du delirium tremens et de son traitement.
ROGNETTA. De la périostite et de son traitement. (*a*)
CARRON DU VILLARDS. Quelques mots sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans quelques obscurcissemens de la cornée. 199

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

VIREY. Sur l'histoire naturelle des *beurres végétaux* ou *huiles concrètes*. 143
HENRY (O.). Examen chimique de l'huile d'illipé. 144
DELONDRE. Notice sur les arbres de quinquina. 145
DELONDRE et HENRY. Examen chimique de plusieurs produits appartenant au quinquina calisaya. 146
CHEREAU. Recherches sur le quinquina pitaya. 147
DESCHAMPS FILS. Sur la préparation des sirops et des mellites. 149
MÉNIGAULT. Sur l'extraction de l'huile de laurier. *ib.*
FUCHS. Amorphisme des corps solides. 150
GRÉGORY. De la composition de l'huile de pétrole de Rangoon, avec des remarques sur cette huile et celle de naphte. 152

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

DESBASSINS et RICHEMONT. Recherches chimiques sur la combinaison du deutoxide d'azote avec le protosulfure de fer et le sulfate de cuivre. 85
ARTHUR CONNELL. Action de l'électricité voltaïque sur l'alcool. 87
DUMAS et PÉLIGOT. Note sur un nouveau carbure d'hydrogène. 88
BÉRAL. Des émulsions. 89

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences. 221
Académie royale de médecine. 231

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES. — THIRION. Mémoire sur l'ab-irritation. (Suite et fin.) 273

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-PIERRE.

Observations recueillies dans le service de M. le Docteur VAN MONS, par MM. RENARD et VANSWYGENHOVEN, élèves internes. 283
I. Observations de dysenterie épidémique. *ib.*
II. Observations de rhumatismes aigus promptement guéris par l'emploi du tartrate de potasse et d'antimoine. 284
HÔPITAL MILITAIRE DE GAND. (*Service de M. le médecin principal Colson.*)
Traitement des bubons vénériens par les vésicatoires; par le docteur LUTENS jeune. 286
CANSTATT. Observations sur les maladies des yeux, recueillies au dispensaire ophthalmique. 289

VARIÉTÉS.

Revue mensuelle de la littérature médicale française. *ib.*
Prix proposés. 296